

***Factores de prognóstico do resultado do tratamento
de doentes com Síndrome de Dependência do Álcool:
estudo de coorte prospectivo de 6 meses***

*Doutoramento no Ramo de Saúde Internacional, Especialidade de Políticas de
Saúde e Desenvolvimento*

Pedro Manuel Vargues de Aguiar, MSc

Comissão Tutorial:

Paulo Ferrinho, PhD (Orientador)

Jorge Cabral, PhD

Luzia Gonçalves, PhD

9 de Setembro de 2010

Summary: Prognostic factors of outpatient treatment on alcohol dependent patients: cohort study with six months treatment follow up

Introduction: One important research question for health politics concerning treatment and rehabilitation of alcoholic patients is to identify prognostic factors in a short treatment period. With this rational we set the general study objective as the identification of the most important prognostic factors in the admission to outpatient treatment as well as during the outpatient treatment period.

Methods: Observational cohort study of alcohol dependent patients in 6 months outpatient treatment (follow up period). The sample size was n=209 alcohol dependent patients selected according to *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* in two hospital centres; *Centro de Alcoolologia do Sul* (n=194) and *Hospital Nossa Senhora do Rosário* (n=15). 8 medical doctors from these two centres were responsible for the patient treatment. Co-responsible participation on patient treatment and supervision of medication was a necessary condition for inclusion of the patient in the treatment. The prognostic factors observed on treatment admission were socio demographic factors, use of other drugs and severity indicators of alcohol consumption during the course of disease. During the 6 months treatment follow up we observed prognostic factors concerning medication for prevention of alcohol relapse including Disulfiram and Acamprosate, non pharmacological treatment factors as the number of sessions with the psychotherapist, therapist features and medication for depression and anxiety. The outcome variables were the time to first heavy relapse (primary variable), abstinence of heavy alcohol consumption, abstinence of alcohol consumption, cumulative abstinence duration above the mean, maximum relapse duration above one relapse day, patient with one or more alcohol problems at the end of six months follow up. The outcome variables that involve relapse, abstinence and alcohol quantity were measured with the *Timeline Followback* auto reported every treatment day by the patient and co-responsible. Patient with one or more alcohol problems at the end of six months follow up was measured with the *Alcohol Related Problems Questionnaire*. We assumed that one standard unity of alcohol with 10 grams was a bottle of beer or a glass of wine or a little cup or shot of liquor or distilled alcohol beverage. Heavy alcohol relapse was defined as the consumption of 50 grams or more in one relapse day. The data was analyzed with the *Statistical Package for Social Sciences* and the data analysis involved tabulation of descriptive statistics as central and dispersion measures and counts and frequencies. The bivariable analysis between prognostic factors and outcome variables was done by Chi square test or Fisher exact test, Mann Whitney test and Kruskal Wallis test, Spearman's correlation, Kappa's agreement of Cohen, Survival Kaplan Meier analysis with log rank test and area under the ROC curve analysis. The multivariable analysis between prognostic factors and outcome variables was done by multiple Cox regression with risk ratio measured by the hazard ratio (HR) and multiple logistic regression with risk ratio measured by the odds ratio (OR). The significance level was established as 5%.

Results: On admission patients were 84% males, with 41 years median age, the median alcohol consumption in a typical day was 192 grams, with 13 years median time duration on heavy alcohol consumption in the course of the disease. Median education was 6 years with 61% of the patients with lower socio economic levels. The Kaplan Meier heavy relapse rate was 23% and the relapse rate in any alcohol quantity was 54%. The mean of the cumulative abstinence duration was 131 days. With multiple regression methods we found on treatment admission that female gender was a prognostic factor of worse outcome regarding maximum relapse duration above one relapse day (OR=4,55; p<0,05), the lower socio economic levels were prognostic factors of worse outcome regarding abstinence of heavy alcohol consumption (OR=0,32; p<0,05), abstinence of alcohol consumption (OR=0,41; p<0,05), cumulative abstinence duration above the mean (OR=0,05; p<0,01), having a full time job with professional contract was a prognostic factor of better outcome regarding patient with one or more alcohol problems at the end of six months follow up (OR=0,37; p<0,05), cocaine use was a prognostic factor of worse outcome regarding abstinence of heavy alcohol consumption (OR=0,11; p<0,01) and abstinence of alcohol consumption (OR=0,05; p<0,001), more than 20 years of excessive alcohol consumption was a prognostic factor of worse outcome regarding abstinence of alcohol consumption (OR=0,20; p<0,05), cumulative abstinence duration above the mean (OR=0,05; p<0,05), maximum relapse duration above one relapse day (OR=8,36; p<0,01) and patient with one or more alcohol problems at the end of six months follow up (OR=7,32; p<0,01), patients with shorter abstinence time before treatment, say until 7 days, were more likely to have better outcome regarding time to first heavy relapse (HR=0,32; p<0,05), more alcohol severity indicated by morning or before lunch consumption was a prognostic factor of better outcome regarding abstinence of alcohol consumption (OR=3,01; p<0,05), more liver severity indicated by GGT values above de normal cut

off was a prognostic factor of worse outcome regarding time to first heavy relapse (HR=2,48; $p<0,05$), patients with five or more alcohol related problems on *Alcohol Related Problems Questionnaire* in admission showed worse outcome regarding cumulative abstinence duration above the mean (OR=0,04; $p<0,01$). During the 6 treatment months we found with multiple regression methods that taking Disulfiram at least for 120 days was a prognostic factor of better outcome regarding cumulative abstinence duration above the mean (OR=18,88; $p<0,01$) and patient having one or more alcohol problems at the end of six months follow up (OR=0,16; $p<0,001$), taking Disulfiram for a period lower than 120 days was a prognostic factor of worse outcome regarding all the 6 outcome variables; time to first heavy relapse (HR=15,00; $p<0,001$), abstinence of heavy alcohol consumption (OR=0,062; $p<0,001$), abstinence of alcohol consumption (OR=0,05; $p<0,001$), cumulative abstinence duration above the mean (OR=0,08; $p<0,05$), maximum relapse duration above one relapse day (OR=15,60; $p<0,01$) and patient having one or more alcohol problems at the end of six months follow up (OR=5,25; $p<0,05$), Acamprosate prescription was a prognostic factor of worse outcome regarding time to first heavy relapse (HR=2,60; $p<0,05$), patients with 4 or more of the 7 established therapy sessions had better outcome regarding abstinence of heavy alcohol consumption (OR=9,10; $p<0,001$), abstinence of alcohol consumption (OR=5,56; $p<0,001$), cumulative abstinence duration above the mean (OR=177,50; $p<0,001$) and patient with one or more alcohol problems at the end of six months follow up (OR=0,07; $p<0,001$), patients with a mean of 2,5 or more phases in a therapy session (with the phases between 1 and 4) had better outcome regarding time to first heavy relapse (HR=0,28; $p<0,01$), abstinence of heavy alcohol consumption (OR= 2,80; $p<0,05$), abstinence of alcohol consumption (OR=3,24; $p<0,05$), and maximum relapse duration above one relapse day (OR=0,21; $p<0,01$), the prescription of anxiety medication (Benzodiazepines or Buspirone) was a prognostic factor of worse outcome regarding time to first heavy relapse (HR=2,12; $p<0,05$).

Conclusions: Concerning health politics on rehabilitation of alcohol dependent patients this epidemiologic research allows us to conclude that during short outpatient treatment period, say 6 months, Disulfiram is effective for periods of at least 120 days. The bigger adherence to therapy sessions and more than two phases involving the co-responsible in the therapy sessions are prognostic factors of better rehabilitation. This study allows us to conclude that more attention must be made regarding patients with indication for anxiety medication. Considering prognostic factors on admission to outpatient treatment this research allows us to conclude that being women, having a lower socio economic level, and not having a full time job are prognostic factors of worse outcome. The history of consumption of other drugs namely cocaine revealed worse prognosis as well. Concerning the severity of alcohol consumption, patients with heavy excessive drinking for more than 20 years are more likely to have worse prognosis, as well as patients with bigger GGT values (say above the normal cut off point) and patients with 5 or more alcohol related problems on *Alcohol Related Problems Questionnaire*. To have a better prognosis this study also proves that is very important to motivate the patient to start the outpatient treatment as soon as possible after abstinence start, say until 7 days. Not so expected but even relevant was the better prognosis of patients with more alcohol severity indicated by morning and before lunch drinking. This result suggest that these patients seem to be more motivated for treatment.

Resumo: Factores de prognóstico do resultado do tratamento de doentes com Síndrome de Dependência do Álcool: estudo coorte prospectivo de 6 meses

Introdução: Uma das questões fundamentais para as políticas de saúde relacionadas com o tratamento e reabilitação de doentes com dependência de álcool, é identificar factores de prognóstico num curto prazo de tratamento ambulatorio, de modo a se poderem otimizar as decisões de tratamento dos doentes. Assim, este estudo teve como objectivo identificar factores de prognóstico na admissão ao tratamento e factores de prognóstico durante o período de tratamento ambulatorio.

Materiais e métodos: Estudo observacional coorte de doentes com dependência de álcool observados num período de 6 meses de tratamento ambulatorio. O estudo consistiu numa amostra de 209 doentes incluídos no estudo de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* versão IV, tendo sido recolhida no Centro de Alcoologia do Sul (n=194) e no Hospital Nossa Senhora do Rosário (n=15). 8 médicos psiquiatras destes dois centros de tratamento foram responsáveis pelo tratamento dos doentes. O doente ter um co-responsável que acompanhasse a sua reabilitação e fizesse a supervisão da medicação para controlo do consumo de álcool era condição absolutamente necessária para inclusão do doente no estudo. Como factores de prognóstico foram medidos na admissão ao tratamento factores sócio demográficos, a história de uso de outras substâncias e indicadores de gravidade associados à história de consumo excessivo de álcool. Durante os 6 meses de tratamento foram medidos factores de prognóstico que respeitam os fármacos para controlo do consumo incluindo Dissulfiram e Acamprosato, os factores associados aos aspectos não farmacológicos do tratamento incluindo o número de consultas, os factores associados às características do médico e finalmente os fármacos para tratamento de depressão e ansiedade. As variáveis de resultado medidas no estudo envolveram o tempo até à primeira recaída pesada (variável de interesse primário para o estudo), a abstinência de consumo pesado, a abstinência de qualquer quantidade de álcool, o tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes, o tempo máximo de recaída superior a 1 dia e o doente ter pelo menos um problema relacionado com o álcool aos 6 meses. Todas as variáveis resultado foram medidas através do calendário auto-reportado pelos doentes e seus co-responsáveis no que respeita os consumos diários *Timeline Followback*, à excepção da variável ter pelo menos 1 problema relacionado com o álcool aos 6 meses em que foi aplicado o instrumento *Alcohol Related Problems Questionnaire*. Foi estabelecido uma unidade padrão de consumo de álcool como uma garrafa de cerveja, um copo de vinho ou um cálice de bebida fortificada ou destilada que teriam aproximadamente 10 gramas de álcool, sendo considerado um consumo excessivo pesado de pelo menos 5 destas unidades padrão num dia típico de consumo, ou seja, pelo menos 50 gramas de álcool. Os dados recolhidos e validados foram analisados em *Statistical Package for Social Sciences*, tendo-se utilizado usuais métodos de estatística descritiva envolvendo tabulação de frequências e tabulação de medidas de tendência central e dispersão. Foram utilizados na análise bivariável entre os factores de prognóstico e as variáveis resultado o teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher, o teste de Mann Whitney, o teste Kruskal Wallis, o coeficiente de correlação de Spearman e o coeficiente de concordância Kappa de Cohen. Foi ainda utilizado na análise bivariável a análise de sobrevivência de Kaplan Meier com teste log rank e a análise da área sob a curva ROC. Na análise multivariável foi utilizado a análise de regressão de Cox múltipla com razão de riscos medida pelo *Hazard Ratio* (HR) e a análise de regressão logística múltipla com razão de riscos medida pelo *odds ratio* (OR). O nível de significância foi estabelecido em 5%.

Resultados: Dos doentes admitidos a tratamento, 84% eram homens, a idade mediana era 41 anos, o consumo mediano de álcool era 192 gramas/dia e a duração mediana de consumo excessivo pesado era 13 anos. Os anos completos de escolaridade em tendência situaram-se abaixo do 9º ano de escolaridade com uma mediana de 6 anos. 61% dos doentes pertenciam a classes sociais média/baixa e baixa. A taxa de Kaplan Meier de recaída em consumo pesado foi de 23% sendo a taxa de recaída em qualquer quantidade de álcool de 54%. O tempo médio cumulativo de abstinência foi 131 dias. Relativamente aos factores de prognóstico que se revelaram estatisticamente significativos após análise de regressão múltipla foram; na admissão ao tratamento, o sexo feminino associado a pior prognóstico de tempo máximo de recaída superior a 1 dia (OR=4,55; p<0,05), o nível sócio económico de grau médio baixo e baixo associado a piores prognósticos relativamente à abstinência de consumo pesado (OR=0,32; p<0,05), abstinência de qualquer quantidade (OR=0,41; p<0,05) e tempo cumulativo de abstinência acima da média (OR=0,05; p<0,01), a situação profissional de emprego a tempo inteiro e vínculo associado a melhor prognóstico relativamente a menos problemas ligados ao álcool aos 6 meses (OR=0,37; p<0,05), a história de uso de cocaína associado a pior prognóstico relativamente à abstinência de consumo pesado (OR=0,11;

$p<0,01$) e abstinência de qualquer quantidade ($OR=0,05$; $p<0,001$), ter mais de 20 anos de consumo excessivo pesado associado a pior prognóstico relativamente à abstinência de qualquer quantidade ($OR=0,20$; $p<0,05$), tempo cumulativo de abstinência acima da média ($OR=0,05$; $p<0,05$), tempo máximo de recaída superior a 1 dia ($OR=8,36$; $p<0,01$) e ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool aos 6 meses ($OR=7,32$; $p<0,01$), entrar em tratamento com menos tempo de abstinência, digamos até 7 dias sem beber, revelou-se associado a melhor prognóstico nomeadamente no tempo até à primeira recaída em consumo pesado ($HR=0,32$; $p<0,05$), mais gravidade da história de consumo indicada pelo doente consumir álcool de manhã e/ou antes do almoço revelou-se associado a melhor prognóstico, nomeadamente na abstinência de qualquer quantidade de álcool ($OR=3,01$; $p<0,05$), os doentes com valor de avaliação hepática GGT aumentada face ao limite normal revelaram pior prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída em consumo pesado ($HR=2,48$; $p<0,05$), os doentes com pelo menos 5 dos 11 problemas ligados ao álcool questionados no *Alcohol Related Problems Questionnaire* na admissão, revelaram pior prognóstico nomeadamente no tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes ($OR=0,04$; $p<0,01$). Durante os 6 meses de tratamento, os factores de prognóstico que se revelaram estatisticamente significativos após análise de regressão múltipla foram; a toma de Dissulfiram por um período de pelo menos 120 dias, que se revelou associado a melhor prognóstico relativamente ao tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes ($OR=18,88$; $p<0,01$) e o doente ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool aos 6 meses ($OR=0,16$; $p<0,001$), o doente ter tomado Dissulfiram por um período inferior a 120 dias, que se revelou associado a pior prognóstico em todas as variáveis de resultado, ou sejam, o tempo até à primeira recaída em consumo pesado ($HR=15,00$; $p<0,001$), a abstinência de consumo pesado ($OR=0,062$; $p<0,001$), a abstinência de qualquer quantidade ($OR=0,05$; $p<0,001$), o tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes ($OR=0,08$; $p<0,05$), o tempo máximo de recaída superior a 1 dia ($OR=15,60$; $p<0,01$) e ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool aos 6 meses ($OR=5,25$; $p<0,05$), os doentes com indicação para Acamprosato tiveram pior prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída em consumo pesado ($HR=2,60$; $p<0,05$), os doentes que realizaram pelo menos 4 das 7 consultas previstas para os 6 meses tiveram melhor prognóstico relativamente à abstinência em consumo pesado ($OR=9,10$; $p<0,001$), abstinência de qualquer quantidade ($OR=5,56$; $p<0,001$), tempo cumulativo de abstinência acima da média ($OR=177,50$; $p<0,001$) e o doente ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool aos 6 meses ($OR=0,07$; $p<0,001$), o doente ter pelo menos 2,5 de média nas fases da sua consulta (podendo variar as fases entre 1 e 4) têm melhor prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída em consumo pesado ($HR=0,28$; $p<0,01$), abstinência de consumo pesado ($OR=2,80$; $p<0,05$), abstinência de qualquer quantidade ($OR=3,24$; $p<0,05$) e tempo máximo de recaída superior a 1 dia ($OR=0,21$; $p<0,01$), os doentes com indicação para ansiolíticos sejam eles Benzodiazepinas ou Buspirona tiveram pior prognóstico no tempo até à primeira recaída em consumo pesado ($HR=2,12$; $p<0,05$).

Conclusões: em termos de políticas de saúde, este estudo permite concluir que durante o tratamento ambulatorio devem ser valorizados o recurso farmacológico Dissulfiram com tempo de toma nunca inferior a 120 dias, a realização de um maior número de consultas previsto para o doente e a utilização de mais de duas fases nas consultas. Este estudo também revela que os prestadores de tratamento devem ter atenção aos doentes com indicação para a toma de ansiolíticos. Relativamente aos factores relevantes na admissão ao tratamento ambulatorio, este estudo permite-nos concluir que deve haver maior preocupação dos prestadores de tratamento relativamente às mulheres alcoólicas, aos doentes com nível socioeconómico mais baixo e doentes sem emprego a tempo inteiro nem vínculo, pois são factores que se revelaram associados a pior prognóstico. Também, os prestadores de tratamento devem ter em especial atenção a história de consumo de outras substâncias, nomeadamente o consumo de cocaína, pois revelou-se associado a pior prognóstico. Em relação às variáveis da gravidade do consumo de álcool, os prestadores de tratamento devem tomar especial atenção que o prognóstico piora para os doentes que consomem álcool de modo excessivo pesado à mais de 20 anos, que tenham a avaliação laboratorial do GGT aumentada em relação ao normal e que revelem mais problemas ligados ao álcool no questionário *Alcohol Related Problems Questionnaire*. Este estudo também prova que se deve motivar o doente a iniciar o tratamento temporalmente o mais perto possível do início da abstinência. Mais concretamente, os doentes que iniciaram o tratamento até uma semana desde o início da abstinência tiveram melhor prognóstico. Curiosamente ainda uma informação útil para os prestadores de tratamento é que os doentes que consomem álcool pela manhã e/ou antes do almoço parecem estar mais motivados para recuperar, tendo-se revelado um factor de bom prognóstico.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Paulo Ferrinho pelo excelente trabalho de orientação que teve nesta dissertação, tendo sido um orientador exemplar, tanto no acompanhamento do processo de doutoramento, como nas várias revisões da tese, sempre com uma atitude crítica construtiva e que fizeram com que este trabalho tenha atingido em pleno o seu objectivo de investigação. Para além da tese, quero ainda lhe agradecer a oportunidade que me deu de desenvolver trabalho epidemiológico com ele, quando eu era assistente do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, o que muito contribuiu para a minha formação de investigador na área epidemiológica. Graças a essa relação profissional com o Professor Paulo Ferrinho, tive a motivação necessária para me meter nesta aventura do doutoramento, que de outro modo nunca seria possível.

Gostaria muito de agradecer o grande contributo do Professor Domingos Neto, tanto a nível da dissertação, como ao nível motivacional tão necessário para conseguir o objectivo de términos da tese. Foi com o Professor Domingos Neto, como professor de psiquiatria, que eu iniciei o meu trabalho de investigador na área da adicção, nomeadamente ao nível da dependência de Heroína e dependência de álcool, assim como na efectividade da aplicação do método de consulta das fases. Esta investigação dos factores de prognóstico teve como origem um plano mais alargado de investigação epidemiológica de doentes alcoólicos, coordenado pelo Centro Regional de Alcoologia do Sul e tendo o Professor Domingos Neto como Director do Centro e investigador do alcoolismo, o cientista responsável por esse plano de investigação. Quero-lhe ainda agradecer imenso a sua revisão da dissertação.

Quero agradecer também o excelente empenho da Dra. Rita Lambaz, que participou na investigação como psicóloga clínica do Centro Regional de Alcoologia do Sul, tendo tido um papel de extrema importância na consulta de triagem dos doentes, aplicação de critérios de selecção e registo da

informação da primeira consulta de admissão ao tratamento. Para além disso, a Dra. Rita Lambaz acompanhou todo o registo, informatização e validação do ficheiro de dados da investigação, construído ao longo dos 6 meses de seguimento. Graças ao trabalho da Dra. Rita Lambaz foi possível ter um ficheiro de doentes com dados de muito boa qualidade, como facilmente se observa ao longo da dissertação. Quero-lhe ainda agradecer imenso a sua revisão da dissertação.

Uma personalidade de contributo muito importante para esta dissertação foi o Dr. Jonathan Chick, editor da revista *Alcohol and Alcoholism* e metodologista de investigação do álcool. A sua contribuição metodológica foi essencial para que os métodos utilizados neste estudo, incluindo as variáveis medidas nesta tese, estejam ao nível do que se faz na actualidade internacional em investigação do álcool.

Quero agradecer também aos Professores Luzia Gonçalves e Jorge Cabral por terem aceite fazer parte da Comissão tutorial desta tese de Doutoramento. A Professora Luzia Gonçalves é uma antiga colega, do tempo em que éramos ambos assistentes de Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Nessa altura, pode-se dizer sem qualquer pretensiosismo que tivemos ambos uma atitude de pioneiros no ensino da Bioestatística no Instituto, organizando conjuntamente cursos com a inovação e o desafio de serem dirigidos a um público alvo de profissionais e investigadores de saúde, ou seja, um público não vocacionado para a estatística matemática, o que nos obrigou a adaptar a linguagem matemática à linguagem epidemiológica. Para além do ensino da Bioestatística também discutíamos entre nós as melhores abordagens estatísticas a utilizar nos projectos de investigação realizados no Instituto ao qual pertencíamos, o que contribuiu enormemente para o nosso conhecimento como bioestatísticos.

Queria agradecer também o trabalho precioso da Mestre Isabel Andrade, coordenadora do Centro de Documentação da Escola Nacional de Saúde

Pública, que muito contribuiu para a qualidade desta tese, nomeadamente ao nível do estabelecimento de regras de referenciação bibliográfica segundo normas portuguesas, assim como, na pesquisa de literatura relevante para o tema.

Queria agradecer também à Sra. Enfermeira Ana Almeida do Centro Regional de Alcoologia do Sul, por toda a informação fornecida do doente alcoólico e contributo motivacional para este estudo de factores de prognóstico.

Quero agradecer a todos os médicos, terapeutas e doentes envolvidos no estudo, por terem possibilitado a execução de um estudo de factores de prognóstico, que de certo poderá vir a ter aplicação no meio de tratamento de outros doentes alcoólicos.

Quero agradecer também à “Maria” e ao “José” a sua coragem para partilharem as suas experiências no percurso e recuperação da adição ao álcool e outras substâncias. Quando lhes apresentei o projecto de partilharem as suas experiências, tiveram um óptimo entusiasmo, sabendo que as suas partilhas enriqueceriam imenso esta tese, que em termos pragmáticos acaba por ser, como um todo, um instrumento de auxílio para o tratamento do doente alcoólico. Muito obrigado pelas suas partilhas.

Quero agradecer aos Bioestatísticos Mestre Paulo Nogueira e Mestre Baltazar Nunes pela força de grupo que temos tido no ensino e consultoria bioestatística, acabando mais uma vez por estarmos em perfeita sintonia, ao efectuarmos o processo de Doutoramento na mesma altura.

Quero agradecer à Dra. Clara Capucho, médica do Hospital Egas Moniz, por todo o seu suporte e acompanhamento nos momentos difíceis da dissertação. Quero agradecer também à direcção da Eurotrials Consultores Científicos, Dra. Maria João Queirós e Dra. Inês Garcia por terem sempre acreditado no

meu valor, tendo sido nesta fase difícil do Doutoramento, extremamente importante o seu suporte nos momentos mais difíceis.

Também quero agradecer às minhas colegas Bioestatísticas de Eurotrials Dra. Catarina Silva, Dra. Filipa Negreiro e Dra. Vera Vicente, por todo o apoio recebido, assim como, os seus valiosos contributos para a minha formação como profissional de Bioestatística.

Quero também agradecer ao técnico de informática Filipe Rocha, da Escola Nacional de Saúde Pública, por todas as preciosas ajudas informáticas na elaboração desta tese.

Finalmente, resta-me ainda agradecer aos meus pais, familiares e amigos por todo o suporte que me deram ao longo desta dissertação.

Este trabalho é dedicado ao meu lindo filho Manuel Tomás Aguiar

Índice

1 - Introdução	21
1.1 - Motivação para o estudo e questões de investigação	21
1.2 - A problemática do consumo excessivo de álcool na saúde internacional	24
1.3 - Definições de consumo excessivo ou de risco, consumo excessivo pesado ou nocivo e dependência de álcool	30
1.4 - O consumo excessivo em Portugal - alguns números preocupantes	35
1.5 - Consequências do consumo excessivo de álcool; a doença das 60 doenças	43
1.6 - Características gerais do doente alcoólico em tratamento	48
1.7 - Factores de prognóstico do resultado do tratamento de doentes com SDA.....	57
1.7.1 - Factores de prognóstico sócio demográficos	65
1.7.2 - Factores de prognóstico associados à história de uso de outras substâncias	73
1.7.3 - Factores de prognóstico associados a indicadores de gravidade do consumo excessivo de álcool.....	77
1.7.3.1 - História de consumo propriamente dita.....	78
1.7.3.2 - Tratamentos anteriores.....	86
1.7.3.3 - Problemas legais	89
1.7.3.4 - Avaliações laboratoriais de hepatologia e hematologia.....	91
1.7.3.6 - PLA medidos por questionários específicos e critérios de diagnóstico clínico ...	93
1.7.4 - Factores de prognóstico associados ao tratamento	95
1.7.4.1 - Tratamento farmacológico - Dissulfiram, Acamprosato e Naltrexone.....	99
1.7.4.2 - Motivação do doente, adesão a consultas e fases das consultas.....	115
1.7.4.3 - Comorbilidade psiquiátrica durante o tratamento do SDA	121
1.7.4.4 - Efectividade do terapeuta.....	137
1.7.4.5 - Participação em Alcoólicos Anónimos.....	139
2 - Objectivos do estudo.....	143
2.1 - Objectivos gerais.....	143
2.2 - Objectivos específicos	143
3 - Materiais e métodos.....	147
3.1 - Delineamento de estudo coorte de alcoólicos em tratamento	147
3.2 - População em estudo e critérios de selecção dos doentes	148
3.3 - Potência do estudo	151
3.4 - Operacionalização de variáveis no estudo	153
3.4.1 - Variáveis de prognóstico	155
3.4.1.1 - Variáveis de prognóstico na admissão ao tratamento	157
3.4.1.2 - Variáveis de prognóstico e exposição no período de tratamento	160
3.4.2 - Variáveis de resultado aos 6 meses	162
3.4.2.1 - Tempo até ao primeiro consumo pesado de álcool.....	164
3.4.2.2 - Abstinência de qualquer consumo pesado de 50 ou mais gramas/dia de álcool .	168
3.4.2.3 - Abstinência de qualquer quantidade de consumo de álcool	168
3.4.2.4 - Tempo cumulativo de abstinência no geral e acima da média de todos os doentes em estudo.....	170
3.4.2.5 - Recaída em mais de um dia seguido com qualquer quantidade de álcool	170
3.4.2.6 - O doente ter pelo menos um PLA no ARPQ aos 6 meses	171
3.5 - Técnicas estatísticas	171
4 - Apresentação de resultados.....	179
4.1 - Caracterização sócio demográfica dos doentes na admissão ao tratamento (n=209)	179
4.2 - História de uso de outras substâncias na admissão ao tratamento (n=209)	183
4.3 - História de consumo de álcool na admissão ao tratamento (n=209).....	185
4.4 - Caracterização dos tratamentos anteriores à admissão ao tratamento (n=209).....	192
4.5 - Caracterização dos problemas legais na admissão ao tratamento (n=209)	196
4.6 - Avaliações laboratoriais na admissão ao tratamento (n=196).....	199
4.7 - Caracterização dos 11 problemas ligados ao álcool do ARPQ na admissão ao tratamento (n=192)	203

4.8 – Caracterização dos 7 critérios de diagnóstico do SDA na admissão ao tratamento (n=192)	207
4.9 – Fármacos para controlo do consumo de álcool no período de tratamento – Dissulfiram e Acamprosato (n=209)	211
4.10 – Aspectos não farmacológicos do tratamento observados no período de estudo (n=209)	215
4.11 – Características do médico assistente observadas no período de tratamento (n=209)	220
4.12 – Fármacos para tratamento de depressão e ansiedade no período de tratamento (n=209)	224
4.13 – Resultados aos 6 meses de tratamento (n=209)	231
4.14 – Análise dos factores de prognóstico sócio demográficos nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209).....	235
4.15 – Análise dos factores de prognóstico associados à história de uso de outras substâncias, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)	243
4.16 – Análise dos factores de prognóstico associados à história de consumo de álcool, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)	248
4.17 – Análise dos factores de prognóstico associados à presença de tratamentos anteriores, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209).....	255
4.18 – Análise dos factores de prognóstico associados à presença de problemas legais, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)	259
4.19 – Análise dos factores de prognóstico associados às avaliações laboratoriais, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=196)	262
4.20 – Análise dos factores de prognóstico associados aos problemas ligados ao álcool do ARPQ, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=192)	266
4.21 – Análise dos factores de prognóstico associados aos critérios de diagnóstico do SDA, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=192).....	274
4.22 – Análise dos factores de prognóstico associados aos fármacos para controlo do consumo de álcool, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209).....	280
4.23 – Análise dos factores de prognóstico associados aos aspectos não farmacológicos, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)	289
4.24 – Análise dos factores de prognóstico associados às características do médico assistente, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)	297
4.25 – Análise dos factores de prognóstico associados aos fármacos para depressão e ansiedade, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)	301
4.26 – Resumo dos factores de prognóstico seleccionados para análise multivariável (n=209)	310
4.27 – Análise multivariável de regressão de Cox e regressão logística para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes	325
4.28 – Análise comparativa entre os doentes com perda de seguimento e os doentes abstinentes de consumo pesado e recaídos.....	350
5 – Discussão de resultados e conclusões ao nível de políticas de tratamento	353
7 - Bibliografia	383
Anexo 1 - Critérios do Síndrome de Dependência do Álcool – DSM-IV – APA (2002), APA (1994)	i
Anexo 2 - Critérios do Síndrome de Abuso do Álcool – DSM-IV – APA (2002), APA (1994)	iii
Anexo 3 - Questionário de problemas relacionados com o álcool ARPQ – Patience et al. (1997) - Versão portuguesa – Neto et al. (2008)	iv
Anexo 4 – Plano de operacionalização de variáveis	vi
Anexo 5 – Questionário de recolha de dados.....	xv
Anexo 6 – Partilha de doentes com SDA	xxx

Índice de Quadros

Quadro 1 - teste CAGE para identificação de PLA.....	41
Quadro 2- Definição da idade de "início" de fases do uso de álcool ao longo da vida do doente dependente de álcool – Kushner et al. (2005).....	50
Quadro 3 - Cacterísticas do doente dependente de álcool em tratamento	51
Quadro 4-Taxas de recaída observadas em diversos estudos prospectivos	59
Quadro 5-Taxas de recaída (TR) observadas em estudos de diferentes tratamentos farmacológicos	114
Quadro 6– Delineamento dos factores de prognóstico do resultado durante 6 meses de tratamento	156
Quadro 7– Variável recaída para consumo pesado definida em diferentes estudos prospectivos	167
Quadro 8– Caracterização sócio demográfica dos doentes na admissão ao tratamento (n=209)	181
Quadro 9– História de uso de outras substâncias na admissão ao tratamento (n=209)	184
Quadro 10– História de consumo de álcool na admissão ao tratamento (n máximo=209) ...	190
Quadro 11– Caracterização dos tratamentos anteriores na admissão ao tratamento (n=209)	194
Quadro 12– Influência do tratamento anterior, do DIS e de AA na abstinência anteriormente conseguida (n=209).....	195
Quadro 13– Caracterização dos problemas legais na admissão ao tratamento (n máximo=209)	198
Quadro 14– Avaliações laboratoriais na admissão ao tratamento (n máximo=196).....	202
Quadro 15– Caracterização dos 11 PLA do ARPQ na admissão ao tratamento (n=192).....	205
Quadro 16– Caracterização dos 7 critérios de diagnóstico do SDA na admissão ao tratamento (n=192).....	209
Quadro 17– Fármacos para controlo do consumo de álcool durante o período de tratamento (n máximo=209)	214
Quadro 18– Aspectos não farmacológicos do tratamento observados no período de tratamento (n=209).....	219
Quadro 19– Características do médico assistente observadas no período de tratamento (n=209).....	222
Quadro 20– Análise comparativa entre os 8 médicos face à gravidade dos seus doentes e fases das consultas (n máximo=209)	222
Quadro 21– Análise comparativa entre médicos do sexo masculino versus feminino face à gravidade dos seus doentes e fases das consultas (n máximo=209)	223
Quadro 22– Fármacos para tratamento de depressão e ansiedade no período de tratamento (n máximo=209)	229
Quadro 23– Resultados aos 6 meses de tratamento de doentes com SDA (n máximo=209)	233
Quadro 24– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico sócio demográficos no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209).....	237
Quadro 25– Análise dos factores de prognóstico sócio demográficos na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209).....	240
Quadro 26-Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da história de uso de outras substâncias no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)	245
Quadro 27– Análise dos factores de prognóstico da história de uso de outras substâncias na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209).	246
Quadro 28– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da história de consumo de álcool no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209).....	250
Quadro 29– Análise dos factores de prognóstico da história de consumo de álcool na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)	252
Quadro 30– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da presença de tratamentos anteriores no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)	256
Quadro 31– Análise dos factores de prognóstico da presença de tratamentos anteriores na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209).	257

Quadro 32– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da presença de problemas legais no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209).....	260
Quadro 33– Análise dos factores de prognóstico da presença de problemas legais na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)	261
Quadro 34– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico das avaliações laboratoriais no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=196)	264
Quadro 35– Análise dos factores de prognóstico das avaliações laboratoriais na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=196)	265
Quadro 36– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos PLA do ARPQ no tempo até à recaída em consumo pesado (n=192).....	270
Quadro 37– Análise dos factores de prognóstico dos PLA do ARPQ na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=192).....	272
Quadro 38– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos critérios de diagnóstico do SDA no tempo até à recaída em consumo pesado (n=192)	275
Quadro 39– Análise dos factores de prognóstico dos critérios de diagnóstico do SDA na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=192).	277
Quadro 40– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos fármacos para controlo do consumo de álcool no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209)	285
Quadro 41– Análise dos factores de prognóstico dos fármacos para controlo do consumo de álcool na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)	287
Quadro 42– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos aspectos não farmacológicos no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209).....	294
Quadro 43– Análise dos factores de prognóstico dos aspectos não farmacológicos na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209).	295
Quadro 44– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico das características do médico no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)	299
Quadro 45– Análise dos factores de prognóstico das características do médico na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209).....	300
Quadro 46– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos fármacos para depressão e ansiedade no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209)	306
Quadro 47– Análise dos factores de prognóstico dos fármacos para depressão e ansiedade na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)	308
Quadro 48– Resumo dos factores de prognóstico de maior relevância para a análise multivariável – 6 meses de seguimento (n máximo=209)	321
Quadro 49– Análise de regressão múltipla de Cox para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a recaída em consumo pesado aos 6 meses de seguimento (n=176) .	326
Quadro 50– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a abstinência de consumo pesado aos 6 meses de seguimento (n=186)	328
Quadro 51– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a abstinência de consumo de qualquer quantidade aos 6 meses de seguimento (n=186)	330
Quadro 52– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para um tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes aos 6 meses de seguimento (n=171)	332
Quadro 53– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a recaída máxima superior a 1 dia aos 6 meses de seguimento (n=135)	334
Quadro 54– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para o doente ter pelo menos um problema ligado ao álcool aos 6 meses de seguimento (n=171)	336
Quadro 55– Síntese dos resultados dos factores de prognóstico de maior relevância na análise multivariável – 6 meses de seguimento	339
Quadro 56– Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos factores de prognóstico de maior relevância na análise multivariável (p<0,05) – 6 meses de seguimento.....	347

Quadro 57- Comparação entre os doentes com perda de seguimento e os doentes abstinentes e recaídos em consumo pesado	352
Quadro 58- Síntese dos factores de prognóstico de maior importância demonstrada no estudo	382

Índice de Figuras

Figura 1 - Sobrevivência de Kaplan Meier do tempo até à primeira recaída $\geq 50g$	231
Figura 2 - Comparação entre curvas de sobrevivência GGT normal vs aumentado na admissão ao tratamento	262
Figura 3 - Comparação entre curvas de sobrevivência ALT normal vs aumentado na admissão ao tratamento	263
Figura 4 - Comparação entre curvas de sobrevivência < 5 PLA no ARPQ vs ≥ 5 PLA na admissão ao tratamento	266
Figura 5 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem ARPQ 7 vs com ARPQ 7 (problemas com compromissos) na admissão ao tratamento	267
Figura 6 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem toma de DIS vs com toma DIS ≥ 120 dias vs com toma DIS < 120 dias ao longo do tratamento	281
Figura 7 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para ACA vs com indicação para ACA ao longo do tratamento	282
Figura 8 - Área sob a curva ROC dos dias de toma de DIS para a abstinência de consumo pesado	283
Figura 9 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com ≥ 4 consultas vs < 4 consultas ao longo do tratamento	289
Figura 10- Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com 100% de participação do co-responsável nas consultas vs menos de 100% de participação ao longo do tratamento	290
Figura 11 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com $\geq 2,5$ fases de média na consulta vs $< 2,5$ fases ao longo do tratamento	291
Figura 12 - Área sob a curva ROC do número de consultas para a abstinência de consumo pesado	292
Figura 13- Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com médico do sexo masculino vs feminino ao longo do tratamento	297
Figura 14 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para antidepressivos vs com indicação para antidepressivos ao longo do tratamento	301
Figura 15 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para BZD vs com indicação para BZD ao longo do tratamento	302
Figura 16 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para nenhum ansiolítico (BZD ou BUSP) vs com indicação para pelo menos 1 ansiolítico (BZD ou BUSP) ao longo do tratamento	303
Figura 17- Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para ansiolítico (BZD ou BUSP) e antidepressivo em simultâneo vs com indicação para ansiolítico e antidepressivo em simultâneo ao longo do tratamento	304
Figura 18 - Área sob a curva ROC dos dias de toma de antidepressivos para a abstinência de consumo pesado	305

Lista de abreviaturas utilizadas ao longo do texto

AA – Alcoólicos Anônimos

ACA – Acamprosato

ALT – Alanina aminotransferase

ARPQ – *Alcohol Related Problems Questionnaire*

ASI – *Addiction Severity Index*

AST – Aspartato aminotransferase

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

BDI – *Beck Depression Inventory*

BR – Benefício Relativo

BUSP - Buspirona

BZD – Benzodiazepinas

CAGE – *Cut Annoyed Guilty Eye*

CRAS – Centro Regional de Alcoologia do SUL

DAA – Delírio Alcoólico Agudo

DALY - *Disability Adjusted Life Years* – Anos de vida perdidos por incapacidade ou morte prematura

DIS – Dissulfiram

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

GGT – Gama glutamiltransferase

GSI – *General Severity Index*

HAD – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HDI – *Hamilton Depression Inventory*

HNSR – Hospital Nossa Senhora do Rosário

HR – *Hazard Ratio*

IC(95%) – Intervalo de confiança a 95%

ICD-10 – *International Classification of Diseases*, décima revisão

INS – Inquérito Nacional de Saúde

MAST - *Michigan Alcoholism Screening Test*

NNT – Número Necessário Tratar

NTX – Naltrexone

OCDS – *Obsessive Compulsive Drinking Scale*
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – *Odds Ratio*
PLA – Problemas Ligados ao Álcool
PLC - Placebo
PNS – Plano Nacional de Saúde
RR – Risco Relativo
ROC – *Receiver Operating Characteristic*
SAA – Síndrome de Abuso de Álcool
SABA – Síndrome de Abstinência do Álcool
SADQ – *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*
SDA – Síndrome de Dependência do Álcool
SFA – Síndrome Fetal Alcoólico
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
STAI – *State-trait Anxiety Inventory*
TCE – Tratamento combinado e por etapas
TU – Tratamento usual
TLFB – *Timeline Followback*
VGM – Volume globular médio

1 - Introdução

1.1 – Motivação para o estudo e questões de investigação

Dado a problemática do álcool ocupar um lugar de destaque como doença e factor de risco de várias doenças na Europa e no Mundo, surge na actualidade da investigação em Saúde Internacional o interesse do estudo da problemática do álcool e do tratamento dos doentes com alcoolismo ou Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) (APA, 2002).

Num sentido mais geral, parece-nos pertinente considerar que a investigação epidemiológica em alcoologia pode envolver estudos transversais de prevalência de Problemas Ligados ao Álcool (PLA), em populações dos cuidados de saúde primários ou em populações ainda mais gerais, estudos transversais de caracterização do doente alcoólico em populações de doentes com SDA, estudos longitudinais de coorte de indivíduos saudáveis que desenvolveram como incidência PLA e o próprio SDA, estudos experimentais com o objectivo de investigar a superioridade ou a não inferioridade de determinadas abordagens terapêuticas, nomeadamente podendo envolver a investigação de fármacos de apoio à recuperação, e finalmente, estudos de coorte de doentes com SDA que entraram em abstinência para recuperação. Estes estudos coorte de doentes permitem-nos avaliar os resultados de diferentes abordagens terapêuticas em ambiente de prática clínica habitual, assim como, a identificação de diferentes factores de prognóstico.

Para além destes estudos, também podem existir estudos observacionais transversais e longitudinais de desenvolvimento e validação de questionários específicos e consequentes escalas que medem a gravidade dos PLA e a gravidade da própria dependência.

O nosso estudo identifica-se essencialmente como um estudo de coorte de doentes com SDA, que vamos acompanhar prospectivamente ao longo de 6

meses de tratamento (180 dias), de modo a identificarmos factores de prognóstico estatisticamente significativos e de maior relevância para o resultado do tratamento.

Deste modo, a investigação irá partir de duas questões de investigação gerais e que acabam por servir de base ao desenvolvimento de todo o estudo, ou sejam:

- i) Quais as características do doente e da sua doença observadas na admissão ao tratamento com efectiva importância para o prognóstico dos resultados do tratamento?
- ii) Quais as diferentes exposições observadas durante o tratamento com efectiva importância para o prognóstico dos resultados do tratamento?

Pela natureza destas duas questões de investigação são envolvidas no estudo duas componentes de investigação, uma relativa a dados medidos na admissão ao tratamento e que essencialmente caracterizam os doentes, e uma outra componente relativa a dados medidos de diferentes exposições e resultados ao longo do período de tratamento.

Relativamente à componente de investigação na admissão ao tratamento investigaram-se os factores sócio demográficos, a história de uso de outras substâncias e os vários factores associados à gravidade do consumo de álcool.

No que diz respeito à componente de investigação ao longo do tratamento, investigaram-se diversos factores de exposição como o tratamento farmacológico para a controlo de consumo de álcool, os aspectos não farmacológicos do tratamento envolvendo por exemplo as consultas realizadas, a efectividade do médico assistente e os fármacos para tratamento de problemas de depressão e de ansiedade.

As variáveis de resultado para as quais vamos avaliar os factores de prognóstico prendem-se essencialmente com a recaída no consumo (tempo até à recaída e incidência de recaída ao longo dos 6 meses), a abstinência e o tempo de abstinência conseguido durante todo o período de seguimento, e finalmente, a qualidade de vida no que respeita ao doente não ter qualquer problema ligado ao álcool ao fim de 6 meses.

O texto foi estruturado de modo habitual na área de investigação em saúde envolvendo uma revisão bibliográfica, os objectivos do estudo, os materiais e métodos, a apresentação de resultados e a discussão dos resultados obtidos. A revisão bibliográfica começa por abordar a problemática do álcool na saúde internacional, após o que, são dadas definições de consumo excessivo, excessivo pesado e dependência de álcool, uma vez que, são definições de importância fundamental para a compreensão da evolução do consumo do doente até atingir um estágio de dependente, assim como, para estabelecer possíveis pontos de corte do consumo de álcool. Seguidamente é abordado a problemática do consumo excessivo de álcool em Portugal, com várias estatísticas publicadas e outras baseadas em dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS). No seguimento destes dados portugueses foi efectuada uma breve revisão da literatura das diferentes consequências de consumo excessivo de álcool e das características do doente alcoólico em tratamento. Estas características do doente em tratamento vão-nos permitir discutir se os doentes portugueses têm semelhanças nalguns aspectos face aos doentes de outros países. A partir deste ponto, a revisão bibliográfica evolui para os diversos factores de prognóstico estudados internacionalmente. Esta última revisão literária é um suporte fundamental para a importância dos diferentes factores de prognóstico, discussão dos resultados obtidos neste estudo e suas implicações para estratégias de saúde relevantes.

Ainda um aspecto importante que devemos referir é que no final dos anexos da tese, apresentamos duas partilhas de casos reais de SDA, um homem e uma mulher, de modo a ilustrarmos o percurso na adição e o processo de

recuperação destes dois doentes. Pensamos que estas partilhas são fundamentais para aumentarmos a nossa sensibilidade face a esta problemática da adição ao álcool.

1.2 – A problemática do consumo excessivo de álcool na saúde internacional

Vamos começar por introduzir o tema da tese com uma breve revisão da literatura sobre a problemática do consumo excessivo de álcool na saúde internacional. Deste modo, vamos rever de um modo resumido os determinantes dos PLA e SDA sob um ponto de vista etiológico, após o que, serão apresentados dados da literatura acerca da prevalência/incidência do consumo de álcool incluindo o consumo excessivo, PLA e SDA. Finalmente, será efectuada uma breve revisão da literatura acerca do impacto do consumo excessivo de álcool na morbilidade, mortalidade e na economia dos países. Os dados revistos da morbilidade e mortalidade associada ao álcool serão apresentados na sequência da realidade mundial, europeia e portuguesa.

De acordo com Aires Gameiro (1998) existem três correntes etiológicas na dependência do álcool; a Biogénese envolvendo factores biológicos como predisposições hereditárias, a Psicogénese envolvendo factores psicológicos como características do funcionamento psíquico e a aprendizagem relacional na infância, e finalmente, a corrente etiológica de Sócioculturogénese envolvendo factores sócio culturais das regiões e habitats como as pressões sociais, costumes e modos de produção e comercialização de álcool. Ainda segundo Aires Gameiro (1998), apesar de todos estes factores pesarem multifactorialmente, este autor levanta a hipótese de poder haver predominância da biogénese, em que “perante a substância álcool os corpos não são iguais”.

Segundo Mello et al. (2001) existem os mais variados factores que determinam a incidência e a prevalência dos PLA. Estes determinantes podem ser individuais como os factores fisiológicos, bioquímicos, genéticos, psicológicos e espirituais, e podem ser também determinantes sócio económicos e culturais incluindo factores vitivinícolas, antropológicos e culturais, económicos, jurídicos e políticos. Ainda segundo Mello et al. (2001) as características individuais de maior ou menor vulnerabilidade versus a protecção específica do indivíduo e dos grupos associam-se com os hábitos, os usos, os comportamentos e os modelos de beber, de modo a determinarem a incidência e a prevalência dos PLA.

Em Portugal, a força patogénica na origem da elevada alcoolização geral da população portuguesa está assente por um lado, nos factores sócio culturais envolvendo costumes, tradições e falsos conceitos transmitidos ao longo de gerações e determinando os hábitos, atitudes e comportamentos, e por outro lado, nas particularidades de um meio caracterizado por uma produção fértil e uma desmesurada e cega oferta de bebidas alcoólicas (Mello et al., 2001). É neste contexto português que o indivíduo estabelece o seu encontro precoce com o álcool, encontro que muitas vezes se dá antes do nascimento (Mello et al., 2001).

No que respeita a informação que envolve a prevalência/incidência do consumo de álcool incluindo o consumo excessivo, é referido num relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2005), que a Europa é a região do mundo com mais elevado consumo de álcool, com uma descida de consumo entre os anos 80 e meio dos anos 90, mantendo-se constante a partir daí. Também segundo Ribeiro (2008 a), a União Europeia é a região do mundo com a maior proporção de consumidores de álcool e os maiores níveis de consumo *per capita*.

As estatísticas sobre consumo de álcool do World Drink Trends (UK. Institute of Alcohol Studies, 2005) colocam Portugal entre os 10 maiores

consumidores mundiais em 2003, encontrando-se Portugal em 8º lugar no *ranking* de consumo.

O consumo excessivo de álcool é um problema de saúde pública na cultura ocidental e em especial na Europa dos 15, tendo-se registado em 2006 consumo excessivo e pesado de 50 e mais gramas de álcool num dia, pelo menos 1 vez por semana, em cerca de 80 milhões de europeus com 15 e mais anos de idade (Anderson, 2007). Estima-se que mais do que 2,3% da população mundial seja alcoólica o que corresponde a cerca de 140 milhões (Marinho, 2008).

Segundo Sobell et al. (1996), enquanto que os estudos epidemiológicos mostram que as pessoas com problemas graves de álcool constituem a maioria dos indivíduos em programas de tratamento, são ao mesmo tempo uma pequena minoria quando comparados com todas as pessoas que têm PLA. Ainda de acordo com Sobell et al. (1996) a razão entre indivíduos com dependência moderada de álcool para indivíduos com dependência grave de álcool é de 4 para 1. Estes pensamentos sugerem assim que os PLA afectam muito mais indivíduos consumidores, para além dos próprios doentes em tratamento.

Num estudo transversal efectuado por Hingson et al. (2006 b) é revelado que em 4693 doentes dependentes de álcool, 14% tiveram início da dependência antes dos 18 anos de idade, e cerca de 65% dos doentes tiveram início da dependência antes dos 25 anos de idade. Estes dados dão-nos alguma ideia acerca da precocidade do início da dependência de álcool.

Actualmente a idade de início do consumo é cada vez mais precoce e assiste-se ao *binge drinking*, o consumo excessivo de álcool num curto intervalo de tempo para atingir a intoxicação; aos 11 anos, 50% dos jovens europeus já experimentou o consumo de bebida alcoólica uma vez na vida e aos 15 anos, 90% já consumiu bebidas alcoólicas (Ribeiro, 2008 a). Cerca de 90% dos

estudantes de 15 e 16 anos beberam álcool em algum momento da sua vida, começando em média aos 12,5 anos de idade, e embriagando-se pela primeira vez aos 14 anos (Ribeiro, 2008 b). Segundo Mello et al. (2001) o início dos hábitos de consumo é precoce; mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, e mais de 70% acima dos 16 anos, consomem regularmente bebidas alcoólicas. É estimado que no mínimo 10% dos adultos e 19% dos adolescentes dos 12 aos 17 anos são dependentes de álcool ou experimentaram problemas agudos ligados ao álcool no último ano (Glenn; Parsons, 1991).

Em França, um país que tal como Portugal tem tradição de produção e consumo de vinho, estima-se que nas consultas de clínica geral cerca de 18,6% dos doentes adultos têm problemas relacionados com álcool e 6,3% já são doentes dependentes de álcool (Kiritzé Topor et al., 2004). No Brasil, um País com influência da cultura portuguesa, estima-se o uso de álcool em cerca de 69% da população sendo este consumo superior nos homens (Terra et al., 2008). Ainda de acordo com estes investigadores brasileiros estima-se uma prevalência de dependência de álcool de 11%, sendo esta prevalência superior nos homens (17%) em relação às mulheres (6%). Num inquérito transversal de Sobell et al. (1996) aplicado à população geral Canadiana foram obtidas prevalências de PLA entre 10% e 12%. Walter et al. (2006) comentam que os estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos da América e na Europa indicam que a dependência de álcool afectará muitos indivíduos nalguma altura das suas vidas, com os homens a serem mais afectados que as mulheres.

Segundo o censo psiquiátrico de 2001 estima-se que nesse ano, a população portuguesa ocorreu a cerca de 500000 consultas de psiquiatria disponibilizadas pelo Serviço Nacional de Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2001). Ocupando o SDA uma percentagem de 8,2% das consultas, estima-se que se fizeram 41000 consultas a doentes alcoólicos e

que foram tratados nesse ano entre 8200 e 16400 alcoólicos (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2001).

No que respeita a consequências gerais do consumo excessivo de álcool na morbilidade e mortalidade, os dados publicados na literatura dão evidência da importância desta temática. O consumo de álcool é responsável por 4% do peso global da doença no mundo, contra 4,1 % do tabaco (Room et al., 2005). Quando considerados os dados dos países mais desenvolvidos do mundo, envolvendo a Europa ocidental, os Estados Unidos da América, a Austrália e o Japão, o peso do consumo de álcool na doença aumenta de 4% para 6,8% (Room et al., 2005).

A nível mundial, o álcool é o terceiro maior factor de risco de doença e morte prematura, depois do tabaco e da hipertensão arterial, sendo mais importante que níveis elevados de colesterol e excesso de peso (Ribeiro, 2008 a). Mundialmente, o álcool causa mais anos de vida perdida por morte ou incapacidade do que as drogas ilegais (Marinho, 2008).

No que respeita a dados de morbilidade e mortalidade da Europa, segundo o relatório da OMS (WHO, 2005) o consumo de álcool é responsável por 5,5% de todas as mortes na Europa, e 10,1% de todos os *Disability Adjusted Life Years* (DALY) (anos de vida perdidos por incapacidade ou morte prematura segundo a definição da OMS disponibilizada no respectivo *site* em 2009, ou seja, a soma dos anos de vida perdidos por morte prematura com os anos de vida perdidos por incapacidade devido a problemas de saúde).

O álcool na Europa é o 3º factor de risco associado a aumento de DALY, atrás do tabaco (2º factor de risco associado a aumento de DALY) e da hipertensão arterial (1º factor de risco associado a aumento de DALY). Para além disto, as perturbações de uso de álcool são consideradas a 4ª doença mais associada a aumento de DALY, atrás da doença cérebro vascular (3ª doença associada a aumento de DALY), as perturbações depressivas (2ª doença

associada a aumento de DALY), e finalmente, a doença isquémica do coração (1ª doença associada a aumento de DALY) (WHO, 2005). Também segundo ribeiro (2008 b), ao medir-se o impacto do álcool através dos anos de vida perdidos DALY, este corresponde ao 3º factor entre 26 factores de risco de doença na União Europeia.

Na Europa, o consumo excessivo de álcool nas idades dos 15 aos 44 anos, é a principal causa de anos de vida perdidos por incapacidade ou morte DALY nos homens e a sexta nas mulheres (Marinho, 2008). Também a nível europeu e como factor de risco para problemas de saúde, o álcool é três vezes mais importante que a diabetes e cinco mais importante que a asma (Ribeiro, 2008 a).

Em Portugal, o Álcool é o 3º factor de risco associado a aumento de DALY (8,5%), situando-se apenas atrás do tabaco (10,4%) e da hipertensão (10,5%) (WHO, 2005). O álcool é ainda o 7º factor de risco de morte em Portugal (3,1%), atrás da hipertensão (23%), tabaco (12,1%), colesterol elevado (10,7%), índice de massa corporal elevado (10,2%), inactividade física (5%), e baixo consumo de fruta e vegetais (3,6%) (WHO, 2005). Ainda segundo estes dados da OMS (WHO, 2005), o álcool é factor de risco para a mortalidade em Portugal à frente de sexo desprotegido (3,1%), drogas ilícitas (0,9%) e poluição (0,5%).

Em termos de consequências económicas nos países da União Europeia, os problemas derivados do consumo excessivo atingem 5% a 6% dos Produtos Nacionais Brutos (PNB) (Marinho, 2008). Estima-se que o custo referente ao consumo de álcool represente 5% a 6% do PIB mundial devido ao absentismo, diminuição da produtividade, sinistralidade rodoviária e laboral e cuidados de saúde (Ribeiro, 2008 a).

Assumindo a dependência alcoólica como a mais natural consequência do consumo excessivo e continuado de álcool, um aspecto de superior interesse

para os políticos de saúde, clínicos e investigadores é a duração da recuperação de alcoólicos atingida com o tratamento (McKay; Weiss, 2001). Daí o interesse do nosso estudo ao nível da problemática do álcool em saúde internacional, que se vai basear na identificação de factores de prognóstico do resultado ao tratamento numa população portuguesa.

1.3 – Definições de consumo excessivo ou de risco, consumo excessivo pesado ou nocivo e dependência de álcool

Segundo a OMS (WHO, 2004) um dos modos de definir o padrão semanal de consumo excessivo pesado pode ser feito pelo consumo de 5 e mais bebidas num dia de consumo, pelo menos 1 vez por semana. Assumindo que uma bebida padrão pode conter aproximadamente 10 gramas de álcool puro (Babor; Higgins Biddle, 2001; Babor et al., 2001) estamos a assumir o valor de 50 gramas num dia de consumo (50 gramas/dia) para ponto de corte de consumo pesado, pelo menos 1 vez por semana. Com esta definição de 50 e mais gramas/dia para consumo excessivo pesado, estamos a assumir mais do dobro da gramagem do ponto de corte de baixo risco sugerido por Babor e Higgins Biddle (2001) e Babor et al. (2001) num vulgar dia com consumo de álcool. Segundo estes autores, o padrão semanal de consumo de baixo risco pode ser definido até 20 gramas/dia num máximo de 5 dias por semana, com intervalo de 2 dias sem consumir álcool.

Ainda de acordo com Babor et al. (2001), uma bebida padrão – *standard drink* – pode ser definida aproximadamente como uma garrafa de cerveja de 330 ml, ou 1 copo de vinho de 140 ml, ou ainda, 1 cálice de bebida destilada ou fortificada de 40 ml. Estes valores aproximados também foram adoptados nesta investigação em alcoologia.

Note-se ainda que segundo a OMS (WHO, 2004), para além do consumo excessivo pesado poder ser definido pelo consumo de 5 ou mais bebidas num dia de consumo, pelo menos uma vez na semana, pode ainda ser definido

pelo consumo diário continuado de pelo menos 3 bebidas. Ou seja, e de acordo com a OMS (WHO, 2004), quem bebe continuamente, uma bebida ao almoço, uma bebida ao jantar e uma bebida entre as refeições já pode ser considerado de consumidor pesado, entrando numa área de consumo mais nociva.

Hingson et al. (2006 b) no seu estudo com doentes dependentes de álcool investiga a relação entre a idade de início da dependência e um consumo prévio pesado, definido este consumo por um padrão de quantidade/frequência de consumo de pelo menos um dia por semana com 5 ou mais bebidas com álcool (cerca de pelo menos 50 gramas de álcool).

No entanto, as definições do que é o consumo excessivo de álcool ou consumo com risco para a saúde, assim como, a definição do ponto de corte para consumo excessivo pesado ou nocivo para a saúde podem variar muito entre países e entre autores responsáveis pela literatura desta área científica, sendo muitas vezes difícil atingir definições de consenso nesta matéria. Por exemplo em Portugal, e por consulta ao *site* do Centro Regional de Alcoologia do Sul (CRAS) – www.cras.min-saude.pt acedido em Setembro de 2008, é considerado consumo excessivo ou de risco qualquer consumo diário superior a 24 gramas/dia para os homens e 16 gramas/dia para mulheres. Deste modo, todo o consumo que exceda estes valores de baixo risco poderia ser considerado por consumo excessivo ou de risco para a saúde.

Mello et al. (2001) também faz referência ao valor de 20 gramas de álcool ao afirmar que existe uma relação dose resposta para um número de condições de tal forma que, para um consumo de 20 gramas por dia, comparativamente com o não consumo, o risco relativo (RR) aumenta 100% para a cirrose hepática, 20 a 30% para os cancros da cavidade oral, faringe e laringe, 10% para os cancros do esófago, 14% para os cancros do fígado, 10 a 20% para o cancro da mama na mulher e, provavelmente, 20% para os acidentes vasculares cerebrais. No entanto, estes mesmos autores referem

que a “fronteira invisível” entre consumidor normal, consumidor excessivo e consumidor com dependência física e psíquica – doente alcoólico – não se encontra completamente esclarecida.

Assumindo que cada bebida com álcool representa em média 10 gramas (Babor; Higgins Biddle, 2001; Babor et al., 2001) e sabendo que cada bebida sobe em média a taxa de alcoolemia no sangue em 0,2 mg/ml (Marinho, 2008) então 2 bebidas numa ocasião de um dia de consumo correspondem a 20 gramas de álcool e aumentam o nível de álcool no sangue em 0,4 mg/ml, que é inferior ao limite legal de 0,49 mg/ml em Portugal para condução de viaturas motorizadas. No entanto 3 bebidas já se podem traduzir numa taxa de 0,60 mg/ml. Deste modo, um consumo superior a 20 gramas de álcool numa ocasião de um dia de consumo pode de algum modo trazer consequências legais no que respeita à condução sob o efeito do álcool. Assim, não só o consumo diário superior a 20 gramas/dia pode representar um consumo excessivo, como um consumo superior a 20 gramas numa ocasião de um dia de consumo pode ter consequências legais ao nível da condução.

É curioso observar que nos estudos com dados de 1991 e 1997 de Aires Gameiro (1998) quando é perguntado à população portuguesa quantos copos de vinho se podem beber por dia sem que isso prejudique a saúde, a moda das respostas seja 2 copos. Ou seja, e assumindo que cada unidade de álcool tem 10 gramas, parece que existe uma tendência para uma consciência de 20 gramas/dia para o limite do admissível para um consumo de baixo risco.

Em suma e para efeitos práticos de uniformização de definições vamos considerar que num dia específico de consumo de álcool, o consumo até 20 gramas é um consumo de baixo risco, sendo o consumo superior a 20 gramas um consumo considerado excessivo ou já de risco para o indivíduo. Se o consumo for igual ou superior a 50 gramas num dia já o consideraremos consumo excessivo pesado o que de certo representa um consumo nocivo

para o indivíduo (note-se que estamos a aplicar as definições de consumo excessivo e excessivo pesado para um dia específico de consumo de álcool, e não propriamente num padrão semanal em que pode haver consumo pesado mesmo sem se consumir todos os dias). Os problemas ligados directamente ao álcool resultado do consumo excessivo e excessivo pesado, e por ordem de gravidade, irão incluir a intoxicação aguda ocasional num dia específico (cujo o termo mais utilizado internacionalmente é o *binge drinking*), o Síndrome de Abuso do Álcool (SAA) e o SDA, envolvendo estas duas últimas entidades (SAA/SDA) um padrão continuado no tempo de consumo excessivo e excessivo pesado. Quanto maior o consumo em quantidade e frequência temporal maior será naturalmente o risco destas consequências SAA e SDA. Em Anexo 1 e 2 apresentamos os critérios de diagnóstico de SDA e SAA segundo a 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (APA, 2002; APA, 1994).

De acordo com Babor et al. (2001) o fenómeno de dependência de álcool inclui um forte desejo para consumir álcool, a falta de controlo no seu uso, a continuação do uso apesar das consequências nocivas, o colocar do consumo de álcool à frente de outras prioridades e obrigações, o aumento da tolerância ao álcool e a presença de reacções físicas de abstinência com o descontinuar do uso. Estes aspectos de dependência de álcool de Babor et al. (2001) são baseados na definição da *International Classification of Diseases* ICD-10 da OMS.

Estes critérios do ICD-10 da OMS são muito semelhantes aos critérios de diagnóstico de doente com SDA do DSM-IV (APA, 2002; APA, 1994) utilizados no nosso estudo e que se traduzem por;

1) aumento da tolerância ao álcool definida pelos sintomas da necessidade de quantidades crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado, ou a diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de álcool,

- 2) a presença de sintomas de síndrome de abstinência, sendo a mesma substância ou outra relacionada consumida para aliviar os sintomas de abstinência,
- 3) o uso de álcool é efectuado em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia,
- 4) a existência de esforços sem êxito para diminuição ou controlo do uso de álcool,
- 5) o ser dispendido grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção, utilização e recuperação dos efeitos,
- 6) o colocar do consumo de álcool à frente de outras prioridades e obrigações sociais, ocupacionais e recreativas,
- 7) a continuação do uso apesar das consequências nocivas.

No nosso estudo, os doentes com SDA definidos de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 2002; APA, 1994) têm de cumprir pelo menos 3 dos 7 critérios de SDA (ver Anexo 1), não tendo necessariamente de cumprir os primeiros dois critérios de dependência física (aumento da tolerância e sintomas de abstinência). No nosso estudo serão utilizados os termos “doente alcoólico” ou “doente dependente de álcool” como sinónimos de doente com SDA.

Também será utilizado o ponto de corte de 50 e mais gramas/dia na definição de consumo excessivo pesado. Apesar da definição da OMS (WHO, 2004) utilizada para consumo excessivo pesado referir-se a um padrão observado pelo menos uma vez por semana (consumo excessivo pesado num padrão semanal), como o nosso estudo empírico envolve doentes dependentes de álcool, para efeitos práticos vamos considerar que basta um doente dependente recair num dia para este consumo de 50 e mais gramas, para considerarmos que o doente recaiu num padrão de consumo pesado de álcool. A literatura sobre tratamento de dependentes de álcool também dá alguma consistência a este ponto de corte de 50 gramas para definição de recaída em consumo pesado, e em especial se considerarmos a definição de

recaída dada por 5 ou mais bebidas referida em diversos estudos de tratamento de dependentes de álcool (Laaksonen et al., 2007; Kiefer et al., 2005; DeSousa; DeSousa, 2004; Johnson et al., 2003; Guardia et al., 2002; Rubio et al., 2001; Greenfield et al., 1998).

1.4 - O consumo excessivo em Portugal – alguns números preocupantes

Em Portugal os reais efeitos dos PLA são tão extensos, graves e variados, pesando tão significativamente na mortalidade da população, que já ninguém lhe nega o epíteto de **“... um dos mais graves problemas de saúde pública em Portugal...”** (Mello et al., 2001).

Também, segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004), é referido que os dados do consumo excessivo de álcool continuam a ser extremamente preocupantes, sendo o nosso nível de consumo e as suas consequências um grave problema de saúde pública em Portugal.

De acordo com Mello et al. (2001), refere-se que cerca de 10% da população portuguesa apresenta graves incapacidades ligadas ao álcool. No entanto, e segundo os mesmos autores, para além deste grupo de doentes alcoólicos, que constituem o vértice da parte visível do “iceberg” a que o fenómeno tem sido comparado, sabendo-se que apenas 15% a 25% de indivíduos se abstêm ou consomem esporadicamente bebidas alcoólicas, a parte restante, isto é, cerca de 60% da população adulta corresponde ao grupo de bebedores regulares de álcool, enquadrados no fenómeno social da alcoolização geral. É precisamente dentro deste maior grupo da população que se encontram os bebedores excessivos muitas vezes não identificados como tal (Mello et al., 2001).

De acordo com Aires Gameiro (1998) cerca de 66,6% da população portuguesa consome álcool habitualmente com 33,3% da população a consumir álcool a todas ou quase todas as refeições, constituindo um hábito excessivo se for sistemático e de mais de uma unidade por dia a cada uma das refeições (o que corresponde a mais de 2 unidades por dia em duas refeições, ou seja, aproximadamente mais de 20 gramas/dia se adoptarmos a unidade padrão de 10 gramas de álcool). Parte da população de consumo excessivo pode consumir ainda de uma forma dependente ou patológica (Aires; Gameiro, 1998). De acordo com os dados de 1991 de Aires Gameiro (1998) cerca de 10% da população portuguesa com 15 e mais anos será certamente dependente de álcool, envolvendo não só os que têm doenças de álcool (cirrose, polinevrite, perda de memória, etc), mas ainda os que não controlam quanto e quando bebem, causando problemas económicos e de relacionamento nas famílias, nos empregos e no meio social onde vivem.

As doenças mais directamente provocadas pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas incluem o SDA, vulgo alcoolismo, com uma prevalência estimada de 580000 portugueses, e o Síndrome de Abuso de Álcool (SAA), mais leve, podendo-se estimar através dos bebedores excessivos em 757000 habitantes – resultados de 1997 de Aires Gameiro (1998) para a população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos. Marinho (2008) dá consistência a estes números apontando para que possam existir em Portugal cerca de 600000 alcoólicos e 750000 bebedores excessivos. Também o PNS refere a existência de pelo menos 580000 doentes alcoólicos SDA e 750000 bebedores excessivos SAA em Portugal (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004),

De acordo com Aires Gameiro (1998), enquanto que os dados de 1991 nos permitiam estimar prevalências de 13% e 10% respectivamente para bebedores excessivos (não pesados) e bebedores dependentes de álcool, os números de 1997 permitiam estimar prevalências algo mais baixas, ou seja, 9,4% de bebedores excessivos (não pesados) e 7% de dependentes de álcool.

Deste modo e de acordo com os dados de 1997 de Aires Gameiro (1998), cerca de 16,4% de portugueses consomem álcool de modo excessivo e excessivo pesado, estimando assim a prevalência da população com PLA e que pode apresentar SAA ou SDA. É importante ter a noção que estes consumidores excessivos (não pesados) do estudo de Aires Gameiro (1998) são estimados através dos portugueses que bebem em todas as refeições, enquanto que os consumidores excessivos pesados (dependentes de álcool) são estimados pelos portugueses que costumam beber bebidas alcoólicas a todas as refeições e entre elas, ou que costumam beber bebidas alcoólicas mais frequentemente que isso incluindo de manhã e antes de deitar.

Os números apresentados por Mello et al. (2001) baseados numa fonte do Centro Regional de Alcoologia do Sul em 1997 apontam para números um pouco superiores para Portugal continental, ou seja, cerca de 740000 alcoólicos e cerca de 1 milhão de bebedores excessivos para além dos alcoólicos.

De acordo com a OMS (WHO, 2005) o consumo de álcool como factor de risco tem duas dimensões: a quantidade de consumo médio diário e o padrão de frequência de consumo, tendo de se ter em consciência que o consumo médio pode esconder altas variações nos níveis de consumo e hábitos de consumo. No entanto, e apesar destas limitações, com os dados dos três últimos INS (95-96, 98-99, 05-06) sobre o consumo de álcool médio diário é possível ter alguns dados estatísticos indicadores de PLA.

Por análise dos dados do INS (95-96) (cedido pelo ONSA – Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde) e recorrendo à variável consumo médio diário de álcool (calculada a partir de um total semanal de álcool) e considerando que o consumo de pelo menos 50 gramas/dia representa um valor indicativo de consumo pesado, determinámos uma prevalência de cerca de 9,6% para a população geral, sendo 24,8% a prevalência de consumo pesado na população que referiu consumir álcool

(note-se que estes números até podem estar enviesados para baixo, pois um consumo excessivo pesado de 50 gramas/dia num único dia de uma semana já representa um padrão semanal de consumo excessivo pesado segundo a OMS (WHO, 2004), podendo eventualmente não ser identificado nesta estatística). Apesar destes valores auto reportados parecerem algo exagerados, também é conhecido (apesar de discutível) que os métodos que produzem estimativas mais elevadas de consumo poderão ser os mais válidos (Del Boca; Darkes, 2003).

Deste modo, e a manter-se esta tendência de consumo pesado de 9,6%, pode-se estimar que perto de 1 em cada 10 portugueses podem consumir álcool diariamente de modo pesado, e 1 em cada 4 consumidores de álcool pode fazê-lo diariamente de modo pesado. Se assumirmos um padrão de consumo pesado continuado no tempo (pelo menos 1 ano) e associarmos o consumo excessivo pesado ao SDA, então estes números podem-nos apontar que a prevalência da dependência de álcool se aproxima de 10%. Este resultado vai ao encontro do resultado da prevalência de 10% de dependentes de álcool obtida com os dados de 1991 de Aires Gameiro (1998). (A publicação de Aires Gameiro (1998) envolve a população portuguesa com 15 e mais anos, enquanto que a nossa análise envolve toda a população portuguesa. No entanto, para efeito de resultados preliminares de contextualização do tema pensamos que é uma limitação algo irrelevante. Numa perspectiva pessimista, o valor de 9,6% poderia até estar um pouco subestimado, se assumirmos que a prevalência possa ser um pouco mais elevada na população com pelo menos 15 anos).

Estratificando os resultados desta prevalência do INS (95-96) por sexos, observa-se o consumo pesado mais associado ao sexo masculino, nomeadamente com prevalências de consumo pesado de 34,5% e 3,5% respectivamente para os homens e mulheres que referem consumir álcool. Observe-se esta relação de 10 para 1 que se aproxima muito da relação de 8 dependentes homens para 1 dependente mulher observada com dados de

1991 em Aires Gameiro (1998). Também, é no grupo etário dos 35 aos 64 anos dos bebedores de álcool que se observa a maior prevalência de consumo excessivo pesado, nomeadamente 28,4%, que nos permite estimar segundo o INS (95-96) que perto de 3 consumidores de modo excessivo pesado em 10 consumidores de álcool portugueses entre os 35 e os 64 anos de idade. Este último resultado também nos pode sugerir que em cada 10 bebedores entre os 35 e os 64 anos de idade 3 deles já podem ser dependentes de álcool.

Fazendo semelhante análise dos dados do INS (95-96) mas agora com o ponto de corte das 20 gramas/dia, ou seja, assumindo acima de 20 gramas/dia como consumo excessivo (não pesado) e diário, obtém-se uma prevalência de 12,5% para a população portuguesa, o que se aproxima também da prevalência 13% de bebedores excessivos obtida nos dados de 1991 de Aires Gameiro (1998). Deste modo, com estes dados do INS (95-96) pode-se estimar uma prevalência de bebedores excessivos e excessivos pesados de cerca de 22,1% ($12,5\% + 9,6\%$), o que pode representar cerca de 22,1% de portugueses com PLA, eventualmente doentes SAA/SDA.

Considerando agora com estes dados do INS (95-96) só a população consumidora de álcool, a prevalência de consumo excessivo e excessivo pesado diário (superior a 20 gramas/dia) aumenta para 57% nos bebedores, o que representa um número assustador se pensarmos que em cada 10 portugueses que consomem álcool cerca de 6 deles já o podem fazer de modo excessivo e excessivo pesado diariamente, representando assim 6 indivíduos com risco de PLA, e podendo ser eventualmente doentes SAA/SDA.

Também, ao considerar-se só o consumo excessivo (não pesado) diário por sexos, é obtido uma relação de 2 homens para 1 mulher nestes dados do INS (95-96). Este resultado sugere que a diferença de comportamento de risco entre homens e mulheres não é tão acentuada num risco mais baixo.

Os resultados publicados do INS (98-99) sobre o consumo de álcool em Portugal revelam que o consumo médio diário dos homens consumidores é estimado aproximadamente em 47,3 g enquanto o das mulheres é de 17,1 g (Marques Vidal; Dias, 2005; Dias et al., 2002). Estes valores médios podem sugerir uma presença de consumo excessivo nos homens com tendência para consumo pesado diário, e em especial se tomarmos em conta o ponto de corte de 50 gramas/dia sugerido por Anderson (2007) e pela OMS (WHO, 2004) para definição de consumo excessivo pesado.

Ainda de acordo com Marques Vidal e Dias (2005), o consumo de qualquer quantidade de álcool em 1998/1999 revelou-se mais prevalente nos homens que nas mulheres, com consumos de 64% e 26,1% respectivamente. Esta diferença dá consistência à evidência de um maior consumo de álcool no sexo masculino.

Ao considerar-se unicamente os resultados publicados dos homens bebedores no INS (98-99) (Marques Vidal; Dias, 2005), os valores médios diários de consumo dentro de determinados grupos etários, assumem valores muito preocupantes de acordo com o ponto de corte de 50 gramas/dia. Entre os 25 e os 34 anos de idade o consumo médio diário dos homens bebedores pode ser considerado excessivo, aproximando-se do nível de consumo pesado com o valor de 46,5 gramas/dia, colocando-se mesmo num nível de consumo pesado entre os 35 e os 64 anos de idade. Mais concretamente, o consumo para os homens entre os 35-44 anos é 53,5 gramas/dia, entre 45-54 anos é 51,8 gramas/dia e entre 55-64 anos é 50,2 gramas/dia. Esta tendência elevada já tinha sido observada nos resultados do INS (95-96), com um consumo médio global nos homens bebedores de 48,4 gramas/dia, e superior a 50 gramas/dia entre os 35 e 64 anos de idade (Marques Vidal; Dias, 2005). Deste modo, se tomarmos em conta com o contributo dos homens em idade activa entre os 35 e os 64 anos para a sociedade portuguesa, e havendo evidência do consumo excessivo pesado de álcool nestas idades, torna-se

preocupante as naturais consequências deste consumo excessivo, com a consequente progressão para o SDA, entre outros riscos.

Um questionário breve para identificação de PLA e indivíduos eventualmente em risco de SAA/SDA é o *Cut Annoyed Guilty Eye* (CAGE) (Ewing, 1984), composto por quatro critérios e tendo sido aplicado no INS (05-06) (realizado pelo Instituto Nacional de Saúde INSA em parceria com o Instituto Nacional de Estatística INE). Ter respondido sim em pelo menos 1 dos 4 critérios pode ser indicador de PLA e deste modo indicador de algum risco de SAA/SDA. Os quatro critérios do CAGE traduzidos para português têm a seguinte descrição apresentada no Quadro 1 (Clemente Lima; Ribeiro, 2008):

Quadro 1 - teste CAGE para identificação de PLA

C	Cut Down (diminuir)	Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida?
A	Annoyed (aborrecer)	As pessoas aborrecem-no porque criticam o seu modo de beber?
G	Guilty (culpa)	Sente-se culpado pela maneira como bebe?
E	Eye opening (ao despertar)	Costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Por análise do último INS (05-06) e por aplicação do questionário CAGE (Ewing, 1984) observa-se na população com pelo menos 15 anos de idade uma prevalência de pelo menos um em quatro critérios indicadores de PLA de 3,7%, o que pode representar uma estimativa de 3,7% de indivíduos em risco de SAA/SDA. Esta prevalência está muito abaixo da prevalência de 12% obtida para CAGE positivo em 1987 (Mello et al., 2001), estando ainda mais abaixo da estimativa de 16,4% de doentes SAA/SDA sugerida nos dados de 1997 de Aires Gameiro (1998) pelos consumidores excessivos e excessivos pesados. Como a prevalência do CAGE é inferior à prevalência estimada de doentes SDA (por exemplo 7% nos dados de 1997 de Aires Gameiro (1998)), podem-se levantar as hipóteses destes resultados do CAGE traduzirem eventualmente os doentes SDA mais graves, ou ter contido algum viés de

resposta, uma vez que os respondentes do INS (05-06) são entrevistados, não fazendo o auto-preenchimento, o que naturalmente poderia conduzir a um viés de resposta. É conhecido que factores sociais influenciam o comportamento de resposta, em primeiro lugar porque definem o desejo social do comportamento, e deste modo, a evidência disponível indica que o anonimato pode levar ao aumento das taxas de resposta (Del Boca; Darkes, 2003). No entanto, com estes mesmos dados do INS (05-06) e considerando unicamente a população portuguesa que referiu ter consumido álcool no último ano, a prevalência de CAGE positivo para pelo menos um critério aumenta para o valor de 6,2%.

Ao estratificar-se os resultados do CAGE do INS (05-06) por sexos, e considerando unicamente os portugueses que consumiram álcool no último ano, observa-se uma maior prevalência associada ao sexo masculino (9% nos homens versus 1,5% nas mulheres; relação de 6 homens para 1 mulher). Este resultado é de todo esperado se tomarmos em conta a tendência de maior gravidade nos homens apontada nos resultados de 1991 de Aires Gameiro (1998) com estatísticas de 8 homens dependentes de álcool para 1 mulher dependente. Os dados de 1997 de Aires Gameiro (1998) também apontam para uma maior associação da dependência de álcool no sexo masculino embora agora um pouco mais suave, isto é, 4 homens dependentes de álcool para uma mulher dependente.

Ao estratificar-se a análise dos resultados do CAGE do INS (05-06) por grupo etário, e considerando de novo a população portuguesa que referiu ter consumido álcool no último ano, é no grupo etário dos 35 aos 64 anos que se observa a maior prevalência, ou seja, uma prevalência indicadora de PLA de cerca de 7,7%.

Em suma, e assumindo que as estimativas do CAGE do INS (05-06) podem ter algum viés de subestimação, os diferentes resultados podem-nos sugerir que a prevalência de doentes com SDA pode variar aproximadamente entre

os 7%-10%, e os doentes com SAA podem variar aproximadamente entre os 9%-13%, o que significa que a prevalência de doentes SAA/SDA pode variar aproximadamente entre os 16%-23%. Deste modo, pode-se pensar, numa forma digamos um pouco “crua”, que em cada 10 portugueses 2 deles poderão ter individualmente PLA, com consumos excessivo e excessivo pesado, podendo já ter desenvolvido quer o SDA quer o SAA.

1.5 - Consequências do consumo excessivo de álcool; a doença das 60 doenças

A investigação indica uma relação causal entre o consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças (WHO, 2005). Mesmo na relação benéfica do consumo de álcool com algumas doenças – doença coronária – a agregação de alguns estudos falharam em corroborar esta evidência (WHO, 2005). No seguimento deste raciocínio e segundo a meta análise de Fillmore et al. (2006) é sugerido que um erro sistemático de classificação da categoria “abstinente” vai permitir os estudos observacionais chegarem à conclusão que os abstinentes têm mais risco de mortalidade por todas as causas e por doença coronária. O erro sistemático consiste em classificar como abstinentes indivíduos que deixaram de beber ou passaram a beber ocasionalmente devido ao efeito de aspectos como a idade ou pior saúde. Em termos práticos, esta mistura de indivíduos de maior risco com os completamente abstinentes vai ter como consequência o aumento do risco dos indivíduos “abstinentes” em comparação com os bebedores ligeiros. No estudo de Fillmore et al. (2006) quando se retira estas fontes de viés dos “abstinentes” baixa o risco associado à verdadeira abstinência.

Apesar de na cultura mundial parecer existir um conhecimento geral sobre os riscos e consequências do consumo excessivo de álcool (basta ver a mediatização dos acidentes rodoviários e a sua associação com o consumo excessivo de álcool), a evidência sugere que cerca de 20% dos utentes que utilizam os cuidados de saúde primários serão consumidores excessivos,

sendo maioritariamente não diagnosticados na rotina diária (Ribeiro, 2008 a). Mesmo no curso da doença de dependência de álcool, a verdade é que pode existir uma tendência para o doente negar a própria doença com as esperadas consequências associadas. Um dos aspectos que favorece a negação da própria doença é com certeza a elevada prevalência de longos períodos de abstinência no curso da dependência de álcool (Schuckit et al., 1997). Deste modo, os doentes e os clínicos podem minimizar o problema de alcoolismo devido à percepção errada que um indivíduo não seja dependente de álcool só porque pode parar de beber durante um período de tempo longo. De facto, no estudo de Schuckit et al. (1997) com 1853 dependentes de álcool determinou-se a elevada prevalência de 62,3% relativo a pelo menos 1 período longo de abstinência de 3 e mais meses. Este resultado sugere-nos que em cada 10 dependentes de álcool existem cerca de 6 que podem acreditar que não o são, devido ao facto de poderem parar de beber durante bastante tempo. Ainda, dentro dos doentes abstinentes é notório a elevada percentagem de 43% doentes com múltiplos períodos de abstinência. No estudo de Stockwell et al. (1979), em 6% dos doentes admitidos a tratamento para PLA (em ambulatório e internamento), observaram-se períodos de abstinência prévios ao tratamento que chegaram a ser superiores a 6 meses.

Segundo Mello et al. (2001) os PLA podem ser classificados a nível individual, familiar, profissional e comunitário. Os PLA no indivíduo incluem efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool, consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool, efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias como a gravidez, o aleitamento e a menoridade. Ainda segundo Mello et al. (2001) os PLA na família do bebedor incluem a perturbação da família e do lar do alcoólico, as crianças filhos de alcoólicos e suas perturbações. Os PLA no trabalho incluem diminuição do rendimento laboral, aumento do absentismo, acidentabilidade e reformas prematuras. Os PLA na comunidade incluem perturbações nas relações sociais e da ordem pública, delitos, actos violentos, criminalidade,

desemprego, vagabundagem, degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade e acidentes de viação. Ainda segundo Mello et al. (2001), o álcool é causa directa e principal em 40% a 50% dos acidentes mortais rodoviários, e uma das outras causas associadas em 25% a 30% dos outros acidentes com feridos.

Vários autores relacionam o consumo de álcool com 60 ou mais diferentes condições clínicas (Marinho, 2008; Ribeiro, 2008a; Ribeiro, 2008b; Anderson, 2007; Room et al., 2005). Segundo Anderson (2007) o álcool é uma substância tóxica cujo consumo excessivo pode causar mais de 60 perturbações diferentes com consequências a curto e longo prazo, estando o excesso de álcool associado a um aumento de risco de consequências individuais e sociais, reduzida performance no emprego, acidentes pessoais e rodoviários, lesões cerebrais, dependência alcoólica, suicídio, acidente vascular cerebral, alterações no ritmo cardíaco, doença coronária, doenças sexualmente transmissíveis e morte prematura. Para além disto, o consumo excessivo está associado a um risco aumentado para os outros indivíduos, com consequências sociais negativas como o crime e a violência, assim como as consequências em recém nascidos, crianças e adolescentes familiares de doentes com SDA (Anderson, 2007).

Babor et al. (2001) a propósito da apresentação do questionário de identificação de consumo excessivo de risco e nocivo *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) enumera várias consequências para a saúde do consumo excessivo, incluindo cancro da laringe, boca e cancro da mama. Segundo Anderson (2008) o álcool provoca cancro e a exposição a longo termo aumenta o risco de cancro da boca, esófago, laringe, fígado e cancro de mama feminino, e numa extensão inferior cancro do estômago e colo rectal.

De acordo com Fonseca (2008), o consumo de álcool por uma mulher grávida pode produzir alterações físicas, cognitivas e comportamentais irreversíveis

na criança que está para nascer. A mais grave dessas consequências é o Síndrome Fetal Alcoólico (SFA) (Fonseca, 2008; Anderson, 2008; Mello et al., 2001; Aires Gameiro, 1998), cujos critérios mínimos de diagnóstico são: atraso de crescimento pré ou pós natal, envolvimento do sistema nervoso, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, alteração do coeficiente de inteligência e do comportamento e dismorfismo facial. 4% a 10% das crianças nascidas de mães dependentes do álcool, apresentam SFA (Fonseca, 2008).

De acordo com Mello et al. (2001), o álcool tem efeitos tóxicos directos no processo de divisão celular, sendo portanto, o risco de malformações tanto mais elevado, quanto a alcoolização da grávida se fizer por episódios agudos nos primeiros meses de gravidez, com alcoolemias elevadas durante o período embrionário (3 meses de gravidez). Mais especificamente, no estado embrionário (até ao 3º mês) existe o risco de embriopatias com malformações como efeito do álcool, enquanto que no estado fetal (4º mês até ao 9º mês) existirá o risco de fetopatias com alterações e atrasos de crescimento. O SFA é uma Embrio Fetopatia (Mello et al., 2001).

Para os doentes com SDA, Laranjeira et al. (2000) apresenta um quadro com cerca de 63 principais complicações e comorbilidades que surgem associadas ao Síndrome de Abstinência do Álcool (SABA) quando existe redução ou cessação de consumo em doentes com SDA. Estas complicações e comorbilidades são representadas por problemas ao nível do sistema nervoso central, sistema gastrointestinal, osteomuscular, anormalidades hematológicas, sistema cardiovascular, endócrino, alterações metabólicas, alterações renais, alterações dermatológicas, alterações psiquiátricas como ansiedade e depressão. Ainda segundo Laranjeira et al. (2000), os sinais e sintomas mais comuns do SABA são agitação, ansiedade, alterações de humor, tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, podendo surgir complicações como alucinações, convulsões e o conhecido

Delirium Tremens. Esta última complicação surgindo em doentes com SDA gravemente dependentes, podendo levar à morte do próprio doente.

Mello et al. (2001) denomina o *Delirium Tremens* por Delírio Alcoólico Agudo (DAA) considerando que é um quadro psicótico grave associando sintomas psíquicos, neurológicos e mau estado do doente. Estes sintomas psíquicos e neurológicos envolvem confusão, alucinações visuais, auditivas, cinestésicas, delírio ocupacional, intensa agitação com insónia total, tremor generalizado e contínuo, movimentos masticatórios e disartria. Ainda segundo Mello et al. (2001) o estado geral do doente em DAA é típico com suores profusos, palidez, hipertermia, taquicardia, podendo evoluir rapidamente para um quadro de desidratação intensa, hipotensão arterial com colapso cardio circulatório e morte.

Segundo Sá Nogueira e Ribeiro (2008) e para os doentes com SDA, as primeiras 24h subsequentes à última ingestão de álcool cursam com um quadro de SABA de grau leve (ansiedade, inquietação, náuseas, insónias, sudação, suores faciais, HTA, taquicardia, tremores), seguido de uma etapa de grau moderado desenvolvida entre as 24h e as 72h apresentando-se com inquietação, agitação, tremores moderados, diaforese, náuseas, vómitos, anorexia, diarreia, taquicardia, HTA, podendo juntar-se alterações da percepção, ou alucinações visuais ou auditivas, desorientação, confusão e convulsões generalizadas. A terceira etapa pode aparecer entre as 72h e as 96h com febre, HTA, taquicardia, sudação profusa e tremores generalizados. Quando a gravidade desta terceira etapa é extrema e o doente não recebe o tratamento médico devido, a presença de outras patologias concomitantes (traumatismo crânio encefálico, doença cardiovascular, infecções, pneumonias, alterações hidro electrolíticas) pode levar à morte. Ainda segundo Sá Nogueira e Ribeiro (2008), o tratamento medicamentoso na desintoxicação consiste em sedação com a utilização de benzodiazepinas (BZD), hidratação e vitaminoterapia com a utilização de vitaminas do

complexo B – Tiamina – cuja carência está associada ao Síndrome de *Wernicke Korsakoff* caracterizado por estados de amnésia.

1.6 – Características gerais do doente alcoólico em tratamento

Um aspecto de todo o interesse para o nosso estudo é sabermos quem é o dependente de álcool em tratamento. Apesar da heterogeneidade de características do dependente de álcool envolvido num qualquer estudo, existem muitos aspectos comuns a estes doentes, tal como por exemplo, antes do tratamento a tendência dos doentes é terem consumido álcool durante longos períodos de tempo e em elevada quantidade.

Consequentemente, de modo a encontrar artigos sobre factores de prognóstico da recaída, em que fosse possível extrair informação sobre as características dos doentes em tratamento, foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tema: ***Predictors of relapse in alcoholic patients***, com análise de conteúdo dos documentos seleccionados através de uma pesquisa na base de dados referencial Pubmed, que inclui a base de dados Medline, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Também foi feita uma pesquisa nas referências bibliográficas dos documentos recuperados. O texto integral dos artigos foi acedido directamente, através da Pubmed Central ou através da biblioteca virtual B-on - Biblioteca do Conhecimento Online. As palavras-chave adoptadas foram as preconizadas pelo *thesaurus* da Pubmed (o MeSH- Medical Subject Headings) - lista estruturada/controlada de conceitos – tendo o limite temporal da pesquisa sido restringido à literatura publicada entre 1980 e 2008. Os termos do MeSH (descritores) utilizados para a pesquisa realizada neste trabalho incluíram **alcoolismo** e **recaída** ("Alcoholism"[Mesh] AND "Recurrence"[Mesh]), assim como respectivos sinónimos. Esta revisão bibliográfica também serviu de suporte à revisão da literatura sobre factores de prognóstico desenvolvida nesta tese.

Deste modo, para ficarmos com uma ideia do doente dependente de álcool, vamos sintetizar algumas das características mais gerais do dependente de álcool na admissão ao tratamento, que organizamos com os vários estudos envolvendo estes doentes. Estes estudos são maioritariamente prospectivos (experimentais e coorte clínico de dependentes de álcool) à excepção do estudo transversal de Neves Cardoso et al. (2006), que decidimos incluir, porque tal como os prospectivos, também disponibiliza informação das características dos doentes no momento da admissão a tratamento.

No entanto, deve-se ter em mente que estes dados não caracterizam todos os doentes dependentes de álcool em tratamento, mas sim aqueles que entraram nestes estudos de doentes em tratamento, sujeitos a diversos critérios de selecção dos doentes. Daí que é necessário algum cuidado na generalização destes resultados. Mais ainda, a própria definição de cada uma das variáveis utilizadas dentro de cada estudo, pode ter uma homogeneidade algo discutível entre os diversos estudos. Por exemplo, a duração do consumo de álcool nestes estudos tanto traduz a duração do uso de álcool como a duração da dependência, a duração de consumo pesado regular ou até mesmo o tempo desde o início de PLA. A idade do início da dependência pode envolver tanto um viés de memória como um viés nos próprios critérios de definição de dependência. Por exemplo, a definição de idade de início de dependência de Willinger et al. (2002) é dada pela idade em que o consumo de álcool se tornou um problema.

Para se ter uma ideia da variabilidade que pode estar envolvida numa simples definição da idade de "início" de fases de uso de álcool no doente alcoólico, Kushner et al. (2005) medem as diferentes possibilidades que correspondem a diferentes idades de "início", digamos das diferentes fases de agravamento e cronicidade do uso de álcool. No Quadro 2 vamos apresentar as várias idades de "início" de fases de uso de álcool ao longo da vida do doente dependente de álcool:

Quadro 2- Definição da idade de “início” de fases do uso de álcool ao longo da vida do doente dependente de álcool – Kushner et al. (2005)

DEFINIÇÃO	IDADE (MÉDIA)
Idade do primeiro consumo	12 anos
Idade da primeira intoxicação	14 anos
Idade de início de consumo regular	17 anos
Idade de início de intoxicação regular	21 anos
Idade do primeiro problema de álcool	24 anos
Idade de início de consumo pesado (regular)	30 anos

É relevante observar neste quadro dois aspectos importantes, um primeiro é que a idade de início de PLA poderia variar entre os 14 anos e os 24 anos, se atendermos que a primeira intoxicação já poderia ser assumida como um primeiro problema ligado ao álcool, podendo assim ser introduzindo um desvio de 10 anos à idade dos 24 anos do primeiro problema de álcool. Em segundo lugar, estas idades médias mostram-nos um pouco o percurso da doença, que começa a manifestar os primeiros sinais aos 12 anos, atravessando o período da adolescência com consumo mais regular e intoxicações ocasionais *binge drinking*, na fase precoce de idade adulta aos 21 anos começam as intoxicações regulares o que eventualmente se poderia traduzir no Síndrome de Abuso de Álcool, com começo de consequências aos 24 anos, e finalmente, a partir dos 30 anos é iniciado um consumo pesado (regular) que de certo se poderia traduzir no SDA.

McKay e Weiss (2001) na sua revisão sistemática da literatura comentam mesmo que a literatura sobre resultados dos estudos de uso de álcool e/ou outras substâncias não é facilmente manuseável dentro de cada estudo de modo a integrar os diferentes resultados através dos vários estudos. Não obstante, pensamos que a síntese destas características apresentada no Quadro 3, vai-nos permitir visualizar de um modo muito geral algumas das características que se podem esperar do doente dependente de álcool em tratamento:

Quadro 3 - Características do doente dependente de álcool em tratamento

<i>Estudo</i>	<i>Sexo Masc (%)</i>	<i>Idade (média)</i>	<i>Relação Marital (%)</i>	<i>Empreg (%)</i>	<i>História familiar problem álcool (%)</i>	<i>Uso outras drogas (%) a)</i>	<i>Tratam prévio (%) e)</i>	<i>Consumo médio álcool (gramas/ dia) b)</i>	<i>Anos consum álcool (c2)3)4)</i>	<i>Idade início depend c1)</i>	<i>Dias abstinênc. antes do tratament (intervalo ou média)</i>
Terra et al. (2008)	91%	42 anos	43% g1)	-	83%	29%	77%	-	-	-	-
Laaksonen et al. (2007)	71%	43 anos	56% g1)	66% h1)	-	-	72%	246 g/d d)	-	-	>=30
Neto et al. (2007)	84%	45 anos	51% g1)	40% h1)	-	32%	19%	-	-	-	>=1
Nielsen et al. (2007)	79%	43 anos	33% g1)	23% h1)	-	-	-	260 g/d	-	-	-
Feeney et al. (2006)	64%	42 anos	-	-	-	-	-	148 g/d	22 anos c2)	20 anos c1)	>=3
Walter et al. (2006)	72%	42 anos	44% g1)	61% h2)	43%	-	-	231 g/d	11 anos c3)	30 anos c1)	>=1
Gordon et al. (2006)	59%	42 anos	-	-	-	50%	-	-	20 anos c2)	-	20
Sander e Jux (2006)	70%	43 anos	54% g1)	53% h1)	-	-	82%	-	10 anos c3)	-	-
Mann et al. (2005)	70%	38 anos	70% g1)	78% h1)	-	-	34%	-	10 anos c3)	-	-
Kiefer et al. (2005)	74%	46 anos	27% g1)	61% h1)	-	-	-	255 g/d	10 anos c4)	-	12-15
Bottlender e Soyka (2005 a)	60%	45 anos	78% g2)	74% h1)	38%	-	26%	193 g/d	15 anos c3)	29 anos c1)	>=30
Kushner et al. (2005)	64%	40 anos	-	-	-	-	-	60 g/d	8 anos c3.1)	30 anos c1.1)	-

<i>Estudo</i>	<i>Sexo Masc (%)</i>	<i>Idade (média)</i>	<i>Relação Marital (%)</i>	<i>Empreg (%)</i>	<i>História familiar problem álcool (%)</i>	<i>Uso outras drogas (%) a)</i>	<i>Tratam prévio (%) e)</i>	<i>Consumo médio álcool (gramas/ dia) b)</i>	<i>Anos consum álcool c2)3)4)</i>	<i>Idade início depend c1)</i>	<i>Dias abstinênc. antes do tratament (intervalo ou média)</i>
DeSousa e DeSousa (2004)	100%	45 anos	95% g1)	77% h1)	-	-	-	125 g/d	-	-	22
Kiritzé- Topor et al. (2004)	73%	47 anos	72% g1)	50% h1)	64%	-	50%	-	-	22 anos c1)	3-14
Johnson et al. (2003)	71%	42 anos	-	-	-	-	-	95g/d	14 anos c4)	35 anos c1)	>=1
Staines et al. (2003)	72%	40 anos	-	44% h1)	-	68%	-	-	-	-	-
Willinger et al. (2002)	74%	42 anos	47% g1)	-	-	-	-	200 g/d d)	-	22 anos c1)	10-30
Guardia et al. (2002)	75%	42 anos	59% g1)	45% h1)	61%	-	-	-	19 anos c2)	-	5-30
Rubio et al. (2001)	100%	44 anos	93% g1)	75% h1)	-	-	-	122 g/d	-	-	16
Chick et al. (2000)	84%	44 anos	56% g1)	52% h1)	-	-	-	254 g/d	-	-	25
Curran et al. (2000)	100%	43 anos	-	45% h1)	-	43%	-	-	-	-	-
Barrias et al. (1998)	92%	41 anos	-	-	-	-	-	100 g/d	-	-	-
Besson et al. (1998)	80%	43 anos	-	-	54%	-	61%	-	15 anos c3)	-	>=5

<i>Estudo</i>	<i>Sexo Masc (%)</i>	<i>Idade (média)</i>	<i>Relação Marital (%)</i>	<i>Empreg (%)</i>	<i>História familiar problem álcool (%)</i>	<i>Uso outras drogas (%) a)</i>	<i>Tratam prévio (%) e)</i>	<i>Consumo médio álcool (gramas/ dia) b)</i>	<i>Anos consum álcool c2)3)4)</i>	<i>Idade início depend c1)</i>	<i>Dias abstinênc. antes do tratament (intervalo ou média)</i>
McLellan et al. (1994) f)	95%	43 anos	30% g1)	81% h1)	-	-	-	-	19 anos c4)	-	-
Ellis e McClure (1992)	47%	43 anos	70% g1)	68% h1)	45%	-	-	333 g/d	-	-	12
Neves Cardoso et al. (2006)	84%	42 anos	54% g1)	-	53%	24%	-	128 g/d	-	-	-

a) Uso de cannabis, heroína, cocaína, anfetaminas, ecstasy, sedativos e benzodiazepinas antes do tratamento

b) Quando os resultados foram apresentados com o número de bebidas padrão por dia, assumiu-se 10 gramas de etanol por unidade de modo a uniformizar os resultados

c1) idade de início da dependência de álcool, c1.1) idade de início de consumo pesado regular

c2) duração em anos do uso de álcool

c3) duração em anos da dependência de álcool, c3.1) duração em anos do consumo pesado regular

c4) tempo em anos desde o início de problemas ligados ao álcool

d) Consumo estimado pela média semanal a dividir por 7 dias

e) Os tratamentos prévios podem incluir, desintoxicações prévias, internamentos prévios e tratamentos prévios em ambulatório. Considerou-se para esta taxa a informação relativa a pelo menos 1 destes tratamentos. Em caso de alguma disparidade de resultados seleccionou-se a maior % apresentada nos resultados por ser a mais abrangente.

f) Este estudo envolveu 3 coortes de doentes, respectivamente com problemas de álcool, opiáceos e cocaína. No entanto, para efeitos de caracterização só utilizámos os dados da coorte de doentes com problemas de álcool.

g1) casados ou em união de facto

g2) com relação com parceiro estável

h1) abrange empregados activos (quer seja em part time ou full time)

h2) abrange empregados activos (quer seja em part time ou full time), estudantes ou em formação

Com os dados destes estudos, facilmente ficamos com a ideia que o doente admitido ao tratamento é maioritariamente do sexo masculino com uma idade média um pouco superior aos 40 anos. De facto, em quase todos os estudos à excepção do estudo de Ellis and McClure (1992), o doente dependente de álcool é maioritariamente do sexo masculino (entre 59% e 100%, com valor mediano de todos os estudos de 74%), o que vai ao encontro da ideia da doença poder ser mais prevalente nos homens do que nas mulheres. Em termos etários, a idade média é muito consistente nos diversos estudos apresentando uma variação entre os 38 anos e os 47 anos e com um valor mediano dos estudos de 43 anos. Este valor mediano da idade média encontrada nos estudos pode fazer todo o sentido, dada a natural cronicidade do alcoolismo, se pensarmos que a duração do consumo de álcool antes da admissão ao tratamento poder durar até 20 ou mais anos como se pode observar nestes estudos. No entanto, nos resultados destes estudos, se observarmos as diferentes durações médias em anos do consumo de álcool observamos valores com alguma disparidade, ou seja, entre os 8 anos e os 22 anos, sendo o valor mediano dos estudos de 14 anos de duração do consumo de álcool. No entanto, mesmo os valores mais baixos como por exemplo os 8 anos (Kushner et al., 2005) e os 10 anos (Kiefer et al., 2005) fazem todo o sentido se pensarmos que não representam propriamente um tempo desde o início do consumo álcool, mas mais propriamente o tempo desde o início de problemas/dependência de álcool (a definição no estudo de Kushner (2005) aponta mesmo para o número de anos com consumo pesado regular e a definição de Kiefer et al. (2005) representa o tempo desde o primeiro problema de álcool). As idades de início da dependência variam nos estudos entre os 20 e os 35 anos, com valor mediano de 29 anos. É relevante observar também que o valor mediano da idade de início da dependência adicionado do valor mediano da duração do consumo se aproxima do valor mediano da idade média dos indivíduos, o que dá consistência à ideia que a duração do consumo traduz essencialmente um consumo mais problemático ou mesmo dependente. Ou seja, se adicionarmos os valores medianos dos estudos face à duração do consumo e

idade de início da dependência é obtido $14+29=43$ anos, que é exactamente o valor mediano da idade obtida nos estudos.

Numa análise estatística mais do tipo “ecológico ou correlacional” (Rothman et al., 2008; Beaglehole et al., 1993), ao calcularmos o coeficiente de correlação de Pearson entre o tempo de consumo e o início da dependência, observamos o resultado de $R=-0,71$ o que é de todo esperado, uma vez que mais tempo de consumo está naturalmente associado a uma idade mais precoce de início de PLA incluindo a dependência.

Relativamente à relação marital/parceiro estável, observa-se uma vasta variabilidade nos resultados dos estudos, podendo variar entre os 27% e os 95%, com um valor mediano de 55%. Os valores mais elevados podem não traduzir propriamente que o doente alcoólico comum de um modo geral tem uma relação afectivo sexual estável, mas mais propriamente que os critérios de selecção dos estudos, e em especial os que envolvem tratamento farmacológico, dão preferência a doentes com uma boa situação marital, devido à exigência de uma pessoa co-responsável para supervisão da adesão ao tratamento farmacológico. Os estudos de DeSousa e DeSousa (2004) e Rubio et al. (2001) que são os que apresentaram as maiores taxas de relação marital, respectivamente 95% e 93%, tinham ambos como critério de inclusão no estudo a existência de um ambiente familiar estável que pudesse supervisionar a adesão ao tratamento farmacológico. O estudo de Kiefer et al. (2005) que apresenta a taxa mais baixa de relação marital, 27%, já não apresenta este critério de inclusão de existência de ambiente familiar estável. Os resultados de estar empregado também revelam uma elevada dispersão nos estudos, entre 23% a 81%, com valor mediano de 61%. É geralmente aceite que os doentes socialmente mais estáveis têm mais famílias intactas e mais emprego (Anton et al., 1995). Deste modo, e tal como na relação marital, pensamos que a tendência mais favorável do doente estar empregado também possa ser explicado em parte pela tentativa de inclusão de doentes mais bem adaptados sócio familiarmente, e como tal,

também estarem mais bem inseridos sócio profissionalmente. O coeficiente de correlação de Pearson entre os resultados da relação marital e o estar empregado revelam um coeficiente positivo $R=0,43$, o que pode apontar que em alguns estudos que incluíram doentes com melhor situação marital, de certa forma também tenderam a incluir doentes com melhor situação de emprego. De facto, os estudos de DeSousa e DeSousa (2004) e Rubio et al. (2001) que são os que apresentaram as maiores taxas de relação marital, respectivamente 95% e 93%, apresentam duas das maiores taxas de emprego nos estudos, respectivamente 77% e 75%. Também se observa que o estudo com a mais baixa taxa de emprego de 23% (Nielsen et al., 2007) é um dos estudos com taxa de relação marital mais baixa (33%).

O consumo médio de álcool diário mostra bem o nível de consumo nocivo destes doentes. Em todos os estudos e sem qualquer excepção o consumo de álcool foi consistentemente superior ao ponto de corte das 50 gramas/dia para definição de consumo pesado ou nocivo para o indivíduo. O consumo médio diário variou entre 60 e 333 gramas/dia, com valor mediano de 193 gramas/dia. Se atendermos a estes valores, verificamos que no estudo em que se observou o consumo médio mais baixo de 60 gramas/dia, mesmo assim, foi superior ao nível de consumo já nocivo de 50 gramas e cerca de 3 vezes o nível de baixo risco de 20 gramas/dia. Ao considerarmos o valor mediano dos estudos de 193 gramas/dia, então observamos que é aproximadamente 4 vezes o nível de consumo já nocivo de 50 gramas, e aproximadamente 10 vezes o nível de baixo risco de 20 gramas/dia. Ou seja, todos estes números ajudam-nos a perceber o elevado nível de gravidade do consumo diário de álcool do doente dependente de álcool que entra em tratamento.

Em relação aos aspectos história familiar de PLA, uso de drogas e tratamentos prévios, os resultados destes estudos são pouco consistentes e pouco numerosos, o que nos dificulta poder tirar alguma sugestão mais clara. No entanto, podemos ficar com a noção que a história familiar de álcool

atingiu os 83% dos doentes, o uso concomitante de drogas atingiu os 68% dos doentes e o já ter feito vários tratamentos para o álcool antes de entrar no tratamento actual atingiu os 82%. Estes resultados podem-nos evidenciar a importância que estes aspectos têm na caracterização do doente alcoólico nos estudos. Ainda uma nota relevante é que foi encontrado nestes estudos que a história familiar de álcool tem um nível de correlação de Pearson $R=0,80$ com os anos de consumo de álcool e $R=-0,96$ com a idade de início da dependência. Estes resultados estão consistentes com a força da carga genética demonstrada pela história familiar de álcool estar associada a um início mais precoce do consumo e PLA incluindo o abuso e a dependência (Verheul et al., 2005).

Em conclusão e grosso modo, podemos ficar com a ideia que o doente dependente de álcool que entra em tratamento será tendencialmente do sexo masculino, com idade um pouco superior aos 40 anos de idade, com idade de início de SDA/PLA superior aos 25 anos de idade e a tender para os 30 anos, com duração de consumo problemático superior a 10 anos e a tender para os 15 anos, e finalmente, com consumo nocivo a rondar os 190 gramas/dia, ou seja, perto de 10 vezes o limite do consumo de baixo risco (20 gramas/dia) e cerca de 4 vezes o limite de consumo pesado que já se pode considerar nocivo (50 gramas/dia). Este doente eventualmente pode já ter tido história de consumo de outras substâncias e já ter feito outros tratamentos anteriores antes de entrar propriamente no tratamento actual.

1.7 – Factores de prognóstico do resultado do tratamento de doentes com SDA

Estando instalada no indivíduo a doença de alcoolismo (SDA), esta apresenta duas características muito específicas da cronicidade da doença aditiva; em primeiro lugar os estudos mostram-nos que é uma doença com elevado intervalo de tempo entre o início do consumo mais problemático e o tratamento, com valores médios que podem variar entre os 8 anos (Kushner

et al., 2005) e os 22 anos (Feeney et al., 2006) conforme se pode observar nos estudos. Esta extensão temporal da doença de certo irá contribuir naturalmente para uma maior gravidade da doença com a esperada consequente perda na efectividade dos tratamentos. Mais ainda, um início mais precoce da dependência (antes dos 24 anos de idade) está estatisticamente associado a que os doentes procurem menos ajuda e tratamento (Hingson et al., 2006 b), o que de certo ainda contribui para uma maior gravidade da doença antes da procura de tratamento. Em segundo lugar, os estudos também nos mostram que a recaída é muito frequente nos indivíduos em tratamento, com taxas de recaída que podem atingir valores próximo dos 90% (Chick et al., 2000). Após a desintoxicação, a revisão da literatura de Blondell et al. (2006) sustenta que a recaída pode variar entre os 19% e os 90%, sendo a taxa de início de tratamento após desintoxicação a variar entre os 46% e os 64%. Galanter et al. (2007) referem que a literatura aponta similaridades entre a dependência de substâncias e as doenças crónicas baseado nos aspectos da duração da doença, problemas na adesão terapêutica e possibilidade de recaída.

A recaída é um evento de tão grande importância após tratamento que até pode ser considerado como um factor de risco de morte prematura em dependentes de álcool. No estudo de Mann et al. (2005) com seguimento longo de 16 anos após internamento de 4 semanas, é observado que 73% dos falecidos tinham recaído antes da sua morte, em comparação com 30% de recaídos no grupo dos sobreviventes. Deste modo, este dado sugere mais risco de morte nos doentes que recaíram em comparação com os que não recaíram. As causas de mortalidade deveram-se essencialmente a ataque cardíaco, referindo ainda Mann et al. (2005) que em muitos estudos a longo termo, a morte por causa cardíaca é responsável por mais de 50% dos mortos em idosos dependentes de álcool.

De modo a termos uma ideia global da taxa de recaída, decidimos organizar no Quadro 4 informação sobre diferentes taxas que foram identificadas em diversos estudos:

Quadro 4-Taxas de recaída observadas em diversos estudos prospectivos

<i>ESTUDO</i>	<i>TAXA DE RECAÍDA</i>	<i>PERÍODO DE OBSERVAÇÃO DA TAXA DE RECAÍDA</i>
Terra et al. (2008) n=257	64%	3 meses de tratamento ambulatorio após internamento
Terra et al. (2008) n=257	76%	6 meses de tratamento ambulatorio após internamento
Neto et al. (2007) n=74	61%	6 meses de tratamento ambulatorio após internamento de 4 a 5 semanas
Nielsen et al. (2007) n=108	32%	6 meses de seguimento após 3 meses de internamento
Feeney et al. (2006) N=236	44%	3 meses de tratamento ambulatorio
Sander e Jux (2006) n=204	43%	12 meses de seguimento após internamento de cerca de 14 semanas
Walter et al. (2006) n=130	49%	12 meses de seguimento após tratamento de 6 semanas de internamento
Mann et al. (2005) n=96	72%	60 meses (5 anos) de seguimento após tratamento de 4 semanas de internamento
Mann et al. (2005) n=96	74%	120 meses (10 anos) de seguimento após tratamento de 4 semanas de internamento
Mann et al. (2005) n=96	78%	192 meses (16 anos) de seguimento após tratamento de 4 semanas de internamento

<i>ESTUDO</i>	<i>TAXA DE RECAÍDA</i>	<i>PERÍODO DE OBSERVAÇÃO DA TAXA DE RECAÍDA</i>
Bottlender e Soyka (2005 a) n=102	36%	6 meses de seguimento após tratamento ambulatorio num período de 1 ano
Bottlender e Soyka (2005 b) n=102	57%	36 meses (3 anos) de seguimento após tratamento ambulatorio num período de 1 ano
Bottlender e Soyka (2004) n=102	31 %	12 meses de tratamento ambulatorio
Kiefer et al. (2005) n=160	43%	3 meses de tratamento ambulatorio após desintoxicação em internamento
Kushner et al. (2005) n=53	38%	4 meses de seguimento após admissão a internamento de cerca de 21 dias
DeSousa e DeSousa (2004) n=100	35%	12 meses de tratamento ambulatorio
Niederhofer e Steffen (2003) n=26	66%	3 meses de tratamento ambulatorio
Guardia et al. (2002) n=202	13%	3 meses de tratamento ambulatorio
Willinger et al. (2002) n=521	86%	12 meses de tratamento ambulatorio

<i>ESTUDO</i>	<i>TAXA DE RECAÍDA</i>	<i>PERÍODO DE OBSERVAÇÃO DA TAXA DE RECAÍDA</i>
Rubio et al. (2001) n=157	60%	6 meses de tratamento ambulatorio
Rubio et al. (2001) n=157	71%	12 meses de tratamento ambulatorio
Chick et al. (2000) n=581	89%	6 meses de tratamento ambulatorio
Curran et al. (2000) n=298	44%	3 meses de seguimento após internamento de 21 dias
Curran et al. (2000) n=298	61%	6 meses de seguimento após internamento de 21 dias
Curran et al. (2000) n=298	69%	9 meses de seguimento após internamento de 21 dias
Curran et al. (2000) n=298	74%	12 meses de seguimento após internamento de 21 dias
Barrias et al. (1998) n=302	44%	3 meses de tratamento ambulatorio
Barrias et al. (1998) n=302	59%	6 meses de tratamento ambulatorio
Barrias et al. (1998) n=302	68%	12 meses de tratamento ambulatorio
Besson et al. (1998) n=110	61%	3 meses de tratamento ambulatorio
Besson et al. (1998) n=110	75%	6 meses de tratamento ambulatorio
Besson et al. (1998) n=110	83%	12 meses de tratamento ambulatorio
Ellis e McClure (1992) n=75	45%	6 meses de seguimento após admissão a tratamento incluindo um regime de internamento de 1 mês
Glenn e Parsons (1991) n=103	41%	14 meses de seguimento após internamento de cerca de 1 mês

Apesar do natural cuidado na comparabilidade de estudos baseados em populações diferentes e com eventuais definições heterogéneas da recaída observadas em diferentes tempos de seguimento, pode-se sempre observar

factualmente, que estes resultados de recaída entre os 3 e os 192 meses de seguimento variam nos estudos entre 13% e 89%, com um valor mediano de 60% de todos estes resultados de recaída, o que de facto nos dá indicação da grande limitação da recuperação do doente alcoólico, e em especial, se atendermos à mediana destes estudos de 60% e à máxima taxa de recaída observada a tender para os 90%. A mediana destes estudos pode-nos indicar que em cada 10 doentes com SDA sujeitos a tratamento, 6 deles irão recair, o que de facto revela uma elevada taxa de insucesso.

Estes resultados estão de acordo com Walter et al. (2006), e em especial se pensarmos no valor mediano de recaída de 60% encontrado nestes estudos, comentando que em termos gerais a taxa de recaída pode variar entre os 35% e 90%. Estes resultados comentados por Walter et al. (2006) fazem-nos pensar que, numa perspectiva optimista, em cada 10 doentes em tratamento podem recair entre 3 e 4, enquanto que numa perspectiva pessimista 9 em cada 10 doentes em tratamento irão recair. Também na revisão da literatura de Moos e Moos (2006) é comentado que a taxa de recaída a curto prazo pode variar entre 50% a 80%, o que também não se afasta muito dos valores mais elevados encontrados nos estudos por nós revistos. De acordo com Mello et al. (2001) após total abstinência, mais de 50% dos doentes cai durante os primeiros 6 meses de abstinência, sendo maior a probabilidade de abstinência para os doentes que se mantiveram abstinentes durante mais de 1 ano. Com os resultados destes estudos com taxa de recaída aos 6 meses (9 resultados sem entrar em conta com o estudo de Bottlender e Soyka (2005 a) cujo seguimento de 6 meses é após 1 ano de tratamento) obtém-se um valor mediano de 61% de recaída, o que vai ao encontro de Mello et al. (2001) mesmo apesar da limitação comparativa das populações de estudo e da definição dos 6 meses de seguimento nos diferentes estudos. Glenn e Parsons (1991) apontam na sua revisão da literatura para taxas de recaída ao fim de um ano a variar entre 65% e 80%, e referindo que 2/3 das recaídas ocorrem nos primeiros 90 dias a seguir ao tratamento. Se atendermos aos resultados dos estudos apresentados com

taxa de recaída ao fim de 1 ano de seguimento (também 9 resultados), em termos medianos 68% dos doentes estão recaídos ao fim de um ano, o que está de acordo com os resultados revistos por Glenn e Parsons (1991), mesmo apesar da limitação comparativa das populações de estudo e da definição para 1 ano de seguimento nos diferentes estudos.

Um outro aspecto que também realça nos estudos por nós revistos é a grande variabilidade dos resultados, entre 13% e 89%, o que também está de acordo com o que é mencionado noutros estudos (Walter et al., 2006; Glenn; Parsons, 1991), e que facilmente pode ser explicado pela heterogeneidade das populações de estudo e entre os tempos de seguimento dentro de cada estudo. No entanto, a grande variabilidade entre taxas de recaída também nos podem fazer levantar a hipótese que existem doentes que por terem certas características vão recair mais que outros. De acordo com McLellan et al. (1994) a extrema variabilidade do resultado ao tratamento é uma das razões que impulsiona os investigadores a tentarem estudar e identificar quais os factores determinantes desta variabilidade. Segundo Mello e tal. (2001) entre os factores que desfavorecem o prognóstico têm sido apontados, entre outros, a idade e grau de deterioração, o estado civil (solteiro e viúvo), o isolamento, o desemprego ou a aposentação, os traços neuróticos de personalidade e a psicopatia, a não integração em grupos de alcoólicos após a alta hospitalar, a insuficiência ou ausência de motivação inicial para o tratamento e determinadas características familiares (segregação antiga do doente pela família, cônjuge rígido, punitivo, ou com facetas masoquistas, entre outras).

Relativamente ao tratamento, uma das consequências negativas das elevadas taxas de recaída é a crença ao nível dos terapeutas de que os utentes que são dependentes de álcool não respondem a intervenções terapêuticas (Ribeiro, 2008 a). Assim, e em consequência das elevadas taxas de recaída, surge naturalmente ao nível de saúde internacional e com elevado interesse no âmbito de políticas de saúde para tratamento de

dependentes de álcool, questões de investigação acerca da identificação dos factores de prognóstico mais verosímeis do resultado do tratamento, nomeadamente a recaída. Estas questões de investigação, prendem-se com o facto de, ao estarem identificados potenciais factores de prognóstico do resultado do tratamento, por um lado podem tentar-se introduzir alterações nos factores de prognóstico modificáveis, como os tratamentos farmacológicos e aspectos não farmacológicos, de modo a reduzir a esperada probabilidade de recaída. Por outro lado, e no que respeita a factores de prognóstico não modificáveis, como a idade, o sexo e a gravidade da doença, ficar a conhecer-se numa dada população quais as características individuais mais favoráveis e desfavoráveis para o resultado do tratamento, é de facto, de uma enorme importância tanto para os políticos de saúde e clínicos como para os doentes em tratamento. Já Glenn e Parsons (1991) referiam que a identificação de factores envolvidos na recaída e a identificação desses doentes mais susceptíveis de recaírem, são aspectos cruciais no tratamento efectivo e no modo de lidar com esta perturbação.

Deste modo, pensamos que tem um elevado interesse para a investigação em Alcoologia e nomeadamente na recuperação do doente dependente, um estudo como o presente, inovador e realizado numa população portuguesa específica de doentes com SDA, destinado a conhecer-se em Portugal quais os factores de prognóstico mais verosímeis do resultado do tratamento. Deste modo foi proposto investigarem-se as duas questões de investigação, que se prendem com

- i) a identificação das características do doente e da sua doença observadas na admissão ao tratamento, com efectiva importância para o prognóstico dos resultados do tratamento,
- ii) a identificação das diferentes exposições observadas durante o tratamento com efectiva importância para o prognóstico dos resultados do tratamento.

Uma abordagem de investigação que identifica os doentes mais verosímeis de recaírem, enquanto ainda estão em tratamento, pode ser a abordagem mais aplicável e benéfica para o conhecimento (Glenn; Parsons, 1991).

No nosso estudo foi escolhido um horizonte temporal de 6 meses de tratamento para avaliarem-se os resultados. Este período de 6 meses é um período de tempo suficientemente curto para um bom acompanhamento dos doentes em termos de logística do estudo, e ao mesmo tempo é um período de tempo suficientemente longo para efectuar-se uma avaliação do resultado ao tratamento. De acordo com McLellan et al. (1994) a escolha dos 6 meses de seguimento no seu estudo sobre factores de prognóstico do resultado ao tratamento de doentes dependentes de álcool, cocaína e opióides (isoladamente ou concomitantemente), pode ser justificado pelo seu trabalho prévio de cerca de 15 anos, sugerindo que aproximadamente entre 60% a 80% dos doentes recaem entre 3 a 4 meses após alta do internamento.

Posto isto, quais os factores de prognóstico do resultado do tratamento mais investigados em saúde internacional e com interesse para uma população portuguesa específica?

1.7.1 – Factores de prognóstico sócio demográficos

O primeiro tipo de factores de prognóstico de interesse para investigação numa população específica de doentes com SDA, podem considerar-se ao nível sócio demográfico como o sexo, a idade, o viver sozinho, o estado marital, a situação profissional, o nível de escolaridade, assim como o nível sócio económico. Glenn e Parsons (1991) apontam que o nível e estabilidade no emprego, o estado marital e o estado habitacional são variáveis importantes a serem estudadas como factores de prognóstico da recaída.

Segundo Waisberg (1990) ter uma relação afectivo sexual estável com coabitação e ser empregado são dois importantes factores de prognóstico de

um bom resultado no tratamento, com a estabilidade na situação profissional a ser considerada na literatura a variável sócio demográfica mais consistentemente associada a um melhor resultado. Bottlender e Soyka (2005 a) encontraram que a única variável sócio demográfica estatisticamente associada a um melhor resultado aos 6 meses de seguimento após tratamento ambulatorio de 1 ano foi uma maior satisfação com a situação profissional. O estudo de McLellan et al. (1983) envolvendo doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias, também demonstrou que o factor de prognóstico sócio demográfico mais associado estatisticamente a um pior resultado aos 6 meses de seguimento após admissão a internamento, foi um maior nível de problemas no “emprego” medido pelo *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan et al., 1980 a,b) na admissão ao tratamento para todos os doentes. Neste mesmo estudo, também se verificou que os mais velhos de idade estavam estatisticamente associados a um pior resultado, num subgrupo de doentes com maior nível de gravidade psiquiátrica.

Na revisão sistemática da literatura de McKay e Weiss (2001) foi encontrado que diversas variáveis sócio demográficas estavam estatisticamente associadas aos resultados do tratamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias em cerca de 45% dos estudos revistos. A idade foi um factor de prognóstico estatisticamente significativo do resultado em 33% dos estudos estando mais idade estatisticamente associada a melhor resultado. O nível de educação também estava estatisticamente associado ao resultado em 39% dos estudos, sendo que mais educação estava estatisticamente associado a melhor resultado em 60% destes estudos, enquanto que mais educação estava estatisticamente associado a pior resultado em 20% destes estudos em que a educação se revelou estatisticamente associada ao resultado. O sexo foi um factor de prognóstico estatisticamente significativo do resultado em 40% dos estudos revistos por McKay e Weiss (2001) com os homens a terem piores resultados em todos os estudos. Ainda, relativamente ao impacto dos factores de prognóstico nos

domínios sócio familiares e de emprego, é revelado na generalidade dos estudos que maior problemática está estatisticamente associado a pior resultado, embora se tenha encontrado excepção num dos estudos revistos, em que uma maior disfunção social na admissão ao tratamento estava estatisticamente associado a melhor resultado aos 3 anos de seguimento.

No estudo de Gordon et al. (2006) com seguimento de 3 meses após admissão a internamento de cerca de 1 mês, foi observado que mais idade, assim como, ser homem, estava estatisticamente associado a mais recaída. No estudo de Mann et al. (2005) com seguimento de 16 anos após internamento de 4 semanas, foi encontrado que as variáveis sócio demográficas estatisticamente associadas à abstinência foram a idade na admissão ao tratamento entre 30 e 40 anos (para os 5 e 10 anos de seguimento, sendo a idade média na admissão de 38 anos de idade), e viver com o companheiro/a (para os 5 anos de seguimento).

No estudo de Blondell et al. (2006) envolvendo doentes de álcool e/ou outras substâncias foi encontrado a um nível de tendência de significado estatístico ($p < 0,10$) que os doentes mais novos (com menos de 40 anos) recaíram mais no mês após desintoxicação, em comparação com os mais velhos.

No estudo de Moos e Moos (2006) foi encontrado que os factores de prognóstico sócio demográficos estatisticamente significativos da recaída (não remissão), aos 3 anos de seguimento após cessação de consumo em doentes com PLA foram; ser homem, não serem casados, serem mais novos, terem menos educação e serem mais novos quando reconheceram o seu problema de álcool. No mesmo estudo de Moos e Moos (2006) e aos 16 anos de seguimento foi encontrado que os factores de prognóstico sócio demográficos estatisticamente significativos da recaída foram ter menos educação e não estar empregado.

No estudo de Walton et al. (2003) foi encontrado que os factores de prognóstico sócio demográficos estatisticamente associados à abstinência de álcool ao fim de 2 anos de seguimento após admissão a tratamento em internamento ou ambulatório foram ser casado, e ter mais rendimento. Estes dois factores sugerem assim a importância para a recuperação do doente alcoólico de factores de estabilidade social como o ter relação afectivo sexual com coabitação e melhor nível sócio económico.

Ellis e McClure (1992) encontraram que as mulheres tiveram mais recaída que os homens aos 6 meses e 1 ano de seguimento após admissão ao tratamento em internamento, os doentes homens pertencentes a classes sociais mais baixas também estiveram estatisticamente associados a mais recaída aos 6 meses, assim como, o desemprego nos homens estava estatisticamente associado a mais recaída ao fim de 1 ano de seguimento.

No estudo de Bottlender e Soyka (2005 b) verificou-se que aos 36 meses de seguimento após tratamento ambulatório de 1 ano, a única variável sócio demográfica factor de prognóstico de um mau resultado era ser do sexo feminino. Neste estudo, estimou-se que as mulheres apresentavam mais do dobro do risco de recaída que os homens. Contrariamente a estes resultados, no estudo de Glenn e Parsons (1991) com seguimento de 14 meses após internamento entre 28 a 35 dias, a recaída mostrou-se estatisticamente mais associada ao sexo masculino (48% de recaída versus 29%; RR=1,66; $p<0,05$).

Ainda em relação à variável sexo, a maioria dos estudos em alcoolismo envolve amostras que são exclusivamente ou maioritariamente do sexo masculino, devido ao facto de existir maior taxa de alcoolismo nos homens que nas mulheres e os homens serem mais propensos a entrarem em tratamento (Waisberg, 1990). De acordo com Glenn e Parsons (1991), em cerca de 271 artigos revistos sobre o resultado ao tratamento, só 6,2% dos doentes tratados eram mulheres. Segundo Waisberg (1990), o consumo de

álcool nas mulheres tem um início mais tardio e é geralmente mais concomitante com outra doença do fórum psiquiátrico. De facto, no estudo de Ellis e McClure (1992) as mulheres tiveram uma taxa de recaída superior e eram o grupo mais vulnerável em termos psiquiátricos com maior comorbilidade de depressão na admissão. Nas mulheres deste estudo verificou-se também que as que tinham maior comorbilidade de depressão na admissão estavam estatisticamente associadas a um maior consumo de álcool aos 6 meses de seguimento após admissão ao internamento. Contrariamente, no estudo de Rounsaville et al. (1987) foi encontrado que as mulheres com diagnóstico de depressão apresentaram melhores resultados ao fim de um ano de seguimento após internamento, tendo os autores discutido que para estas mulheres fosse provável que o diagnóstico de depressão era primário em relação ao diagnóstico de dependência de álcool (desenvolvido posteriormente à depressão), e deste modo, segundo os autores os melhores resultados nas mulheres reflectem mais propriamente a recuperação da depressão que a recuperação do alcoolismo.

Rounsaville et al. (1987) levantam a hipótese que em certos casos o desenvolvimento da dependência de álcool pode ser uma tentativa de auto tratamento para a depressão, que por sua vez é uma perturbação mais comum que a dependência de álcool nas mulheres. No estudo de Kusnher et al. (2005) foi encontrado numa coorte de doentes dependentes de álcool, que os doentes com comorbilidade ansiosa na admissão ao tratamento envolviam mais mulheres que os doentes sem comorbilidade ansiosa, mais concretamente 48% de mulheres nos ansiosos versus 21% nos não ansiosos ($p < 0,05$). Este resultado também vai no sentido do sexo feminino estar mais associado a comorbilidade psiquiátrica como a depressão e a ansiedade em comparação com o sexo masculino, para doentes dependentes de álcool.

Na revisão da literatura de Callaghan e Cunningham (2002) é comentado que existem estudos que suportam que na generalidade as mulheres entram em programas de tratamento para PLA e/ou outras substâncias com maior nível

de problemas psicológicos, mais comorbilidades ao nível da saúde, mais dificuldades familiares/sociais e maior gravidade na adição que os homens. No estudo destes autores Callaghan e Cunningham (2002) foram encontradas na admissão a internamento para desintoxicação diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no sentido de as mulheres serem mais novas (35 anos de idade média versus 40 anos; $p<0,001$), terem pior nível de desemprego (85% versus 78%; $p<0,001$), completarem menos o programa de desintoxicação (76% versus 84%; $p<0,001$), terem mais asma (22% versus 12%; $p<0,001$), terem menos hipertensão (12% versus 19%; $p<0,01$), consumirem mais antibióticos (11% versus 6%; $p<0,001$), consumirem mais antidepressivos (22% versus 12%; $p<0,001$) e a fazerem mais testes clínicos como raios X e testes ao sangue (24% versus 16%; $p<0,001$). No entanto, na análise de regressão de Cox múltipla em que se investigou factores de prognóstico do tempo até à readmissão a internamento para desintoxicação num período de 3 anos após desintoxicação, foi encontrado que os factores de prognóstico sócio demográficos com significado estatístico para pior resultado (mais admissão) foram a instabilidade residencial, ser solteiro, ser desempregado e mais velho de idade. Consequentemente, neste estudo nem o sexo nem as interacções com o sexo se revelaram estatisticamente significativas na análise estatística múltipla.

No estudo de Neto et al. (2007), embora sem significado estatístico, também foi encontrada superior taxa de recaída aos 6 meses de seguimento após internamento para as mulheres (75% de recaída nas mulheres versus 58% nos homens), assim como taxas de recaída superiores aos 6 meses para os divorciados e a viverem sozinhos. No entanto, este estudo não provou estas associações de modo estatisticamente significativo, podendo a razão prender-se com a reduzida dimensão amostral utilizada no estudo ($n=74$ pessoas com SDA).

No entanto, apesar destes piores resultados nas mulheres em tratamento, no estudo transversal com componente retrospectiva de Schuckit et al. (1997) o sexo feminino revelou-se como um factor de prognóstico de mais períodos longos de abstinência (pelo menos 3 meses de abstinência) ao longo do curso da doença. Neste estudo, os resultados estimam que as mulheres têm um aumento de 78% (OR=1,78; $p<0,001$) na probabilidade de terem mais períodos de abstinência longos (pelo menos 3 meses de abstinência) em comparação com os homens. Ainda no estudo de Schuckit et al. (1997) revelou-se que mais idade na entrevista inicial estava estatisticamente associada a mais períodos longos de abstinência, assim como, o facto de alguma vez os doentes com SDA terem sido casados também estava estatisticamente associado a mais abstinência.

Staines et al. (2003) encontraram que os doentes com SDA/SAA que consomem menos aos 12 meses de seguimento após admissão ao tratamento (internamento ou ambulatório) tiveram mais probabilidade de na admissão ao tratamento terem tido melhor qualidade de vida familiar incluindo o facto de terem uma relação afectivo sexual estável. A revisão da literatura de McCrady e Epstein (2004) também aponta que após tratamento existe uma correlação relevante entre comportamentos maritais positivos e a abstinência.

Walter et al. (2006) constataram que o facto do doente dependente de álcool viver sozinho ou separado do companheiro afectivo sexual eram factores de prognóstico da recaída aos 12 meses de seguimento após tratamento em internamento de 6 semanas, e deste modo concluem que factores sociais como o ser casado e não viver sozinho podem servir como factores protectores do risco de recaída, enquanto que, ser solteiro e viver sozinho podem ser factores de risco importantes para a recaída.

Terra et al. (2008) concluem no seu estudo de factores de prognóstico da recaída aos 6 meses de tratamento ambulatório (após alta a internamento)

que o único factor de prognóstico sócio demográfico significativo da recaída é ser solteiro (OR=2,4; $p<0,05$ após ajustamento para outras variáveis num modelo de regressão logística). Este resultado também vai ao encontro de uma eventual falta de qualidade de vida familiar estar associado a mais recaída.

Em relação à educação e escolaridade, Ilgen et al. (2007) encontraram no seu estudo de 12 meses de seguimento após tratamento em internamento, que mais anos de educação estava estatisticamente associado a uma maior auto eficácia ou nível de confiança dos doentes se manterem abstinentes do consumo de qualquer substância, numa amostra predominantemente de doentes com problemas de consumo de álcool. A auto eficácia ou nível de confiança em o doente se manter abstinente é uma importante medida de resultado ao tratamento, estando correlacionada com a abstinência em estudos como o de Walton et al. (2003), em que a auto eficácia era um factor de prognóstico estatisticamente significativo da abstinência de álcool ao fim de 2 anos, após admissão a tratamento de internamento ou ambulatorio. Também, segundo Walton et al. (2003) foi encontrado que uma mais baixa auto eficácia estava estatisticamente associada a mais baixo rendimento monetário, ser mulher, ter maior gravidade no problema de álcool e não ser casado.

No estudo de Chong e Lopez (2008) sobre factores de prognóstico de recaída em álcool aos 6 e 12 meses de seguimento após internamento de 45 dias para PLA e/ou problemas de outras substâncias, realizado em mulheres de etnia americana índia, foi encontrado que mais idade na admissão ao tratamento era um protector estatisticamente significativo da recaída em consumo de álcool aos 12 meses, num modelo estatístico múltiplo com ajustamento para co-variáveis. Também neste estudo foi encontrado na mesma modelação que mais conflitos familiares na admissão estavam estatisticamente associados a mais recaída aos 12 meses.

No entanto, apesar de todos estes resultados nos estudos que relacionam variáveis sócio demográficas com o resultado ao tratamento, refira-se que em alguns estudos isto pode não acontecer. De facto, no estudo de McLellan et al. (1994) que investiga factores de prognóstico do resultado aos 6 meses de tratamento de doentes dependentes de álcool, cocaína e opióides (isoladamente ou concomitantemente), as variáveis sócio demográficas que incluíram a idade, o sexo, a educação e o estado marital foram os mais fracos factores de prognóstico do resultado, explicando apenas cerca de 5% da variação do resultado de recaída em álcool e/ou outras substâncias.

Em síntese do nível sócio demográfico os resultados parecem apontar em direcções como a estabilidade no emprego e familiar, nomeadamente no facto de não viver sozinho e ter relação afectivo sexual estável como factores de prognóstico de bons resultados na recuperação de doentes com SDA. Menos educação e mais baixo nível sócio económico parecem apontar na direcção oposta. Em alguns estudos o sexo feminino aparece associado a melhores resultados, mas noutros também parece estar associado a piores resultados ao tratamento, justificada em parte por alguns autores por mais vulnerabilidade em termos psiquiátricos. Em relação à idade, parece que por um lado, os doentes mais velhos parecem ter melhores resultados, no entanto, em alguns estudos acontece o contrário, nomeadamente, num dos estudos quando foi considerado um subgrupo de doentes com maior gravidade psiquiátrica, parece que a idade funcionou como um factor de risco para um pior resultado.

1.7.2 – Factores de prognóstico associados à história de uso de outras substâncias

De acordo com Aires Gameiro (1998) é preocupante que um grupo significativo de consumidores de álcool se declare consumidor simultaneamente de tabaco e, embora em números mais reduzidos, de droga.

O PNS refere que há comorbilidade de consumo de álcool e consumo de outras substâncias, tais como benzodiazepinas e substâncias ilícitas, quer na doença actual, quer nos antecedentes pessoais dos indivíduos afectados (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Existem estudos que provam que é muito frequente o doente com SDA consumir outras substâncias aditivas no curso da sua doença. Segundo Staines et al. (2001) o diagnóstico conjunto de dependência de álcool e de outras drogas ao longo da vida do doente dependente de álcool é de 64%. De acordo com este dado facilmente se estima que em cada 10 doentes alcoólicos existem cerca de 6 deles que podem usar ou ter usado outras substâncias aditivas, o que de facto nos revela a importância de se estudar a história de uso de outras substâncias em doentes com SDA. No estudo de Curran et al. (2000) foi encontrado que numa amostra de doentes dependentes de álcool internados para tratamento, 43% possuíam diagnóstico conjunto de dependência de outras substâncias para além do álcool.

No estudo de Staines et al. (2003) 68% dos doentes SDA/SAA usavam concomitantemente diversas substâncias; 53% cocaína, 16% opiáceos, 24% cannabis e 12% outras drogas. Neste estudo e com alguma surpresa, chegou-se ao resultado de que o uso de outras substâncias na admissão ao tratamento se mostrou um factor protector de um mau resultado aos 12 meses de seguimento após admissão ao tratamento. Segundo o mesmo autor, o facto de quem usava outras drogas ter tido melhor resultado aos 12 meses pode ser explicado pelo facto de já se ter encontrado uma associação negativa entre o consumo de drogas e o consumo de álcool em doentes com SDA/SAA (Staines, 2001). Neste último estudo, é sugerido que nos doentes com SDA/SAA quem consome outro tipo de drogas bebe menos álcool por dia em comparação com quem não consome outras drogas. No entanto, neste mesmo estudo de Staines et al. (2001), dentro do subgrupo dos doentes SDA/SAA que consomem outras drogas, existiu uma correlação no sentido

em que a frequência de dias de consumo de álcool está positivamente correlacionada com a frequência de dias de uso de outras drogas. Este resultado sugere para quem consome álcool e outras drogas concomitantemente, que mais dias de uso de álcool estão associados a mais dias de uso de outras drogas (embora num dia de consumo de álcool, quem usa outras drogas possa consumir em média menos álcool).

Walton et al. (2003) efectuou um estudo de factores de prognóstico da recaída em álcool e/ou outras substâncias durante um período de seguimento de 2 anos após admissão a tratamento em internamento ou ambulatório. Neste estudo, encontrou que perto de 60% dos doentes consumiam diversas substâncias em simultâneo – *Polysubstance users*. Entre os doentes que consumiam diversas substâncias em simultâneo, o álcool era a droga de escolha em cerca de 80% dos casos. Este dado revela a importância da concomitância entre o álcool e outras substâncias, ainda mais, se pensarmos que perto de metade da amostra total consumia álcool concomitantemente com outras substâncias (48%). Para além do álcool, o estudo envolveu substâncias como a cocaína, heroína, opiáceos, alucinogéneos e cannabis.

No estudo de Gordon et al. (2006) cerca de 50% dos doentes internados para a dependência de álcool também registaram o uso de outras substâncias na admissão, incluindo cocaína e marijuana. No estudo de Neves Cardoso et al. (2006) verificou-se que cerca de 24% de doentes alcoólicos admitidos a tratamento consumiam concomitantemente outras substâncias. No estudo de McKay et al. (1998), quase metade dos doentes dependentes do estudo (48%) tinham dependência conjunta de álcool e cocaína.

No estudo de Callaghan e Cunningham (2002) sobre factores de prognóstico de readmissão a internamento para desintoxicação de doentes com PLA e/ou outras substâncias, foi encontrado numa amostra de 1390 doentes que 62% consumiam álcool como droga de primeira escolha, 22% cocaína, 11% opiáceos, 2,3% BZD e 5,6% outras substâncias na admissão a

desintoxicação. Foi ainda encontrado no estudo destes autores, que o uso de múltiplas drogas (incluindo o álcool) na admissão a desintoxicação era um factor de risco estatisticamente significativo para readmissão em internamento para desintoxicação num período de 3 anos de seguimento. Também, quando o álcool foi considerado como droga de primeira escolha na admissão a desintoxicação, concluiu-se ser um factor de risco estatisticamente significativo para um pior resultado, ou seja, o consumo de álcool como escolha de droga de preferência estaria estatisticamente associado a mais readmissão para desintoxicação em internamento. No estudo de Blondell et al. (2006) envolvendo doentes de álcool e/ou outras substâncias foi encontrado que 56% dos doentes revelavam dependência de álcool, 29% heroína, 13% outros opiáceos e 3% cocaína. Neste estudo, e contrariamente ao estudo de Callaghan e Cunningham (2002), os doentes cuja droga de dependência primária era o álcool recaíram menos que os doentes cuja dependência primária era outra substância, sendo o resultado estatisticamente significativo.

No estudo de Rounsaville et al. (1987), envolvendo uma coorte de doentes SDA/SAA em tratamento e seguido durante 1 ano após alta ao internamento, observou-se que um uso concomitante de outras drogas medido na admissão ao tratamento estava estatisticamente associado a um pior resultado ao fim de 1 ano, tanto para homens como para mulheres.

No estudo de Chong e Lopez (2008) sobre factores de prognóstico de recaída em álcool aos 6 e 12 meses de seguimento após internamento de 45 dias para PLA e/ou problemas de outras substâncias, realizado em mulheres de etnia americana índia, foi encontrado que o anterior uso de drogas assim como o número de tratamentos anteriores para problemas de drogas eram factores de prognóstico protectores da recaída em álcool aos 6 meses, sendo os resultados estatisticamente significativos após ajustamento por regressão logística múltipla.

No estudo transversal de Schuckit et al. (1997) realizado com 1853 doentes alcoólicos, é estimado que no curso do alcoolismo quase metade dos doentes com SDA (49,4%) tenham tido alguma dependência de droga, nomeadamente, marijuana, anfetaminas, cocaína, opiáceos, e sedativos hipnóticos. Relativamente à prevalência de períodos longos de abstinência (pelo menos 3 meses de abstinência), os resultados apontam que o ter tido alguma dependência de outras drogas no curso do alcoolismo, o ter usado cocaína, o ter usado opiáceos e o ter usado hipnóticos sedativos, eram factores estatisticamente associados a uma superior prevalência de abstinência. Ainda segundo este autor, os doentes alcoólicos com longos períodos de abstinência eram mais passíveis de terem perturbações de personalidade anti-social e terem usado outras drogas. No entanto, dentro dos doentes que tiveram longos períodos de abstinência, os resultados sugerem também que os doentes alcoólicos que conseguiram estar abstinentes mais extensivamente, digamos 5 ou mais anos, tinham menos comorbilidades de uso de outras substâncias.

Deste modo, parecendo a comorbilidade aditiva a outras substâncias tão prevalente entre os doentes alcoólicos, torna-se muito relevante estudar este aspecto numa população portuguesa específica de doentes alcoólicos. Nestes estudos revistos, os resultados são algo contraditórios, apontando nas duas direcções, ou seja, a comorbilidade de consumo de outras substâncias podem aumentar o risco de recaída, mas também podem funcionar como factor protector da recaída.

1.7.3 – Factores de prognóstico associados a indicadores de gravidade do consumo excessivo de álcool

Este aspecto dos indicadores de gravidade do consumo excessivo de álcool é dos mais importantes a ser estudado em alcoologia, e nomeadamente como factores de prognóstico do resultado do tratamento.

Uma possibilidade de estudar indicadores de gravidade do consumo excessivo de álcool é considerar as 5 áreas seguintes:

- i) a história de consumo propriamente dita,
- ii) o doente já ter feito tratamentos anteriores,
- iii) o doente ter tido problemas legais relacionados com o consumo,
- iv) as avaliações laboratoriais em hepatologia e hematologia,
- v) o nível de problemas relacionados com o álcool medido por questionários específicos e critérios de diagnóstico clínico

Apesar de estas áreas de gravidade naturalmente se misturarem (por exemplo, pode-se esperar que uma história de mais anos de consumo excessivo de álcool esteja associada a mais tratamentos e a mais problemas legais relacionados com o consumo), pensamos que esta separação ajudamos a uma melhor compreensão do que é a gravidade do SDA e como medi-la.

1.7.3.1 - História de consumo propriamente dita

Segundo Waisberg (1990) o facto de se ter verificado em estudos que indivíduos em tratamento altamente dependentes têm taxas de abstinência mais baixas, enquanto indivíduos menos dependentes têm taxas de recaída no tratamento mais baixas, sugere que o nível de dependência de álcool tem importantes implicações no resultado do tratamento. Por exemplo, no estudo de Rounsaville et al. (1987) foi encontrado para os homens que uma maior gravidade de dependência de álcool medida para os 6 meses pré tratamento era um factor de prognóstico robusto de um pior resultado ao tratamento medido num seguimento de 1 ano após internamento.

Na revisão sistemática de diversos estudos de factores de prognóstico do resultado ao tratamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias (McKay; Weiss, 2001) foi encontrado que os níveis de uso de substâncias se encontravam estatisticamente associados com os resultados

ao tratamento em 67% dos estudos revistos. Também, dentro dos estudos em que os níveis de uso estavam estatisticamente associados aos resultados, foi encontrado em 66% destes estudos que uma maior gravidade pré tratamento é factor de prognóstico de um pior resultado, enquanto que, em 20% dos estudos foi encontrado o oposto, ou seja, uma maior gravidade pré tratamento estava estatisticamente associado a um melhor resultado. Ainda um resultado importante encontrado por McKay e Weiss (2001) na literatura é que uma maior gravidade de consumo de álcool na admissão ao tratamento foi um factor de prognóstico de melhor resultado a longo termo, isto é, 10 anos de seguimento. Ou seja, este resultado pode sugerir que uma maior gravidade de consumo pode também estar associado a uma maior motivação para a abstinência a longo prazo.

No estudo de McLellan et al. (1994) que investiga factores de prognóstico do resultado aos 6 meses de tratamento de doentes dependentes de álcool, cocaína e opióides (isoladamente ou concomitantemente), foi demonstrado que a recaída em álcool e/ou outras substâncias era explicado, entre outros aspectos, pela gravidade de consumo de álcool e/ou outras substâncias pré tratamento. Maior gravidade de consumo prévio estava estatisticamente associado a pior resultado. Esta gravidade de uso de álcool e drogas pré tratamento foi medida pelo questionário ASI (McLellan et al., 1992).

No estudo de Moos e Moos (2006) foi encontrado que os doentes com perturbações de álcool que mais recaíram ao fim de 3 anos de seguimento após cessação de consumo, foram aqueles que consumiam mais álcool quando cessaram e tinham mais PLA, sendo estes resultados estatisticamente significativos. Também aos 16 anos de seguimento foi encontrado que mais consumo de álcool no momento da cessação estava estatisticamente associado a mais recaída a longo prazo.

Diversas variáveis de estudos de alcoologia tentam medir a gravidade da dependência, assim como o seu potencial de prognóstico dos resultados no

tratamento do SDA. Alguns exemplos destas variáveis incluem o número de unidades de álcool consumidas por dia, o número total de dias de abstinência pré tratamento (nos 6 meses prévios), o número total de anos de consumo, o padrão de frequência de consumo (medido pela variável com as categorias abstinente, controlado, mensal, semanal, diário, contínuo) (Ellis; McClure, 1992), o número de dias a usar álcool no mês pré tratamento, o número de dias com PLA no mês pré tratamento, assim como, o dinheiro gasto em álcool no mês pré tratamento (Staines et al., 2003), os anos de consumo excessivo de álcool e número de dias do último período de abstinência (McKay et al., 1998), a idade de início do consumo, a duração do período activo do alcoolismo, o consumo de álcool por dia nos 3 meses pré tratamento, o número de dias de consumo por mês nos 3 meses pré tratamento (Walter et al., 2006), a idade de início da dependência, a duração da dependência, o consumo diário pré tratamento e a duração da última abstinência (Bottlender; Soyka, 2005 a,b), a frequência diária de uso de álcool e outras drogas (Ilgen et al., 2007), a idade do 1º consumo, a idade do início da dependência e a duração da dependência (Schuckit et al., 1997), a média de gramas de álcool por dia de consumo, o consumo máximo por dia de consumo, os anos de uso e idade de primeiro consumo (Feeney et al., 2006).

A quantidade de álcool consumida num dia típico por um doente com SDA assim como o padrão de frequência de consumo são dois dos indicadores de maior importância para o estado do doente relativamente à gravidade do seu consumo de álcool. Naturalmente que quanto maior o consumo num dia típico com uma maior frequência de uso, maior será a gravidade de consumo do doente.

Neste sentido, Babor et al. (2001), assim como, Stockewll et al. (1983) nos seus instrumentos de medição do consumo de álcool e sua gravidade, respectivamente o AUDIT e o questionário *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ), evidenciam a importância da quantidade de álcool

consumida e da frequência de uso de álcool, como dois aspectos muito importantes para a medição da gravidade do consumo e PLA (a quantidade e frequência do consumo formam de facto as três primeiras perguntas do AUDIT). Mais ainda, Stockwell et al. (1983) no seu estudo provam que a gravidade da dependência de álcool está estatisticamente associada à quantidade diária de álcool consumido num dia típico de consumo pesado (pelo menos 100 gramas/dia de acordo com os autores) e ao padrão de frequência de uso de álcool, com relevância para o padrão de consumo continuado diário.

Stockwell et al. (1979) demonstraram que o seu *score* de quantidade/frequência de uso pesado de álcool estava positivamente correlacionado com o *score* global de gravidade de dependência de álcool SADQ, com a elevada magnitude de $R=0,72$, o que também dá consistência à evidência da quantidade/frequência como indicador do nível de gravidade do consumo de álcool. Para além desta correlação, a quantidade/frequência de uso pesado de álcool também se revelou correlacionado com outras dimensões da gravidade da dependência do SADQ, incluindo a dimensão (NEED) que inclui a necessidade de beber para aliviar o síndrome de abstinência e o *craving* ou urgência de beber após acordar numa “manhã” de um período típico de consumo pesado de álcool. O nível de correlação entre esta compulsividade “matinal” e a quantidade/frequência de álcool consumida num período típico de consumo pesado foi $R=0,61$. Deste modo, este resultado evidencia que maior gravidade dada por maior consumo de álcool (quantidade) em menos espaço de tempo entre consumos (frequência), também pode estar associado a aspectos negativos como a compulsividade para beber de manhã e o próprio *craving*. Nas perguntas do questionário AUDIT para avaliação de PLA (Babor et al., 2001), também é incluído o “consumo matinal” como indicador de sintomas de dependência de álcool.

Del Boca e Darkes (2003) também apoiam a importância da quantidade e frequência de consumo de álcool, referindo que o método que combina a

quantidade de álcool com a frequência de uso (que ele denomina por método Q/F) é considerado válido, preciso e de utilidade na investigação em alcoologia.

No estudo de Anton et al. (1995), foi encontrado que valores de consumo de álcool mais elevados na semana anterior ao internamento estavam estatisticamente associados a superiores níveis de *craving* reportados para a mesma semana. Mais concretamente, o consumo diário de álcool apresentou as correlações de $R=0,47$ ($p<0,001$) e $R=0,43$ ($p<0,001$) respectivamente para os pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos, que segundo os mesmos autores constituem duas componentes chave do *craving*. Os doentes foram questionados após desintoxicação, de modo a não haver qualquer influência da cessação do consumo nas suas respostas. Deste modo, pensamos que os valores de consumo de álcool diário pré tratamento não só traduzem o nível de gravidade do consumo, mas também, podem traduzir alguma predisposição dos doentes para pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos no uso de álcool.

Stockwell et al. (1983) também encontraram uma correlação positiva entre a gravidade da dependência de álcool e os níveis de *craving* dos doentes dependentes de álcool $R=0,29$ ($p<0,05$), medido num período de cessação de 5 dias envolvendo desintoxicação.

Segundo DeWit et al. (2000) um potencial factor de prognóstico da progressão para perturbações relacionadas com o álcool, sejam estas abuso ou dependência, é a idade do 1º uso. A evidência sugere que quanto mais baixa é a idade do 1º uso nos jovens, maior é o risco de consumo excessivo e desenvolvimento de problemas sérios incluindo perturbações de álcool. Os autores concluem no seu estudo que quem inicia o consumo entre os 11 e os 14 anos tem maior risco de vir a ter a ocorrência de abuso ou dependência durante a vida, em comparação com quem inicia o consumo aos 19 e mais anos. McGue et al. (2001) também encontraram que um 1º uso mais cedo

estava estatisticamente associada a uma superior dependência de álcool. No estudo de Hingson et al. (2006 a) é concluído que quem iniciou o consumo com menos de 14 anos de idade tem mais probabilidade de desenvolver dependência de álcool alguma vez na vida e nos primeiros 10 anos do 1º consumo, em comparação com quem começou a beber aos 21 e mais anos de idade. Segundo Hingson et al. (2006 a) quanto mais cedo a idade do 1º consumo maior é o risco de recaídas crónicas na dependência, caracterizado por múltiplos episódios de recaída, episódios estes de longa duração e com um largo número de sintomas associados. Ainda de acordo com Hingson et al. (2006 b) os doentes dependentes de álcool diagnosticados antes dos 24 anos de idade estavam estatisticamente associados ao maior número de critérios de dependência do DSM-IV, ou seja, 6 ou 7 critérios em simultâneo. Este resultado aponta para uma relação entre a idade do início da dependência de álcool e uma possível superior gravidade da dependência revelada por um maior número de critérios do DSM-IV.

Em Hingson et al. (2006 b) é encontrado um resultado de correlação de elevada magnitude entre a idade de início de consumo de álcool e a idade de início da dependência $R=0,91$ ($p<0,001$), o que dá uma evidência importante acerca de um começo de consumo em idades mais jovens estar fortemente associado a um começo da dependência mais precoce.

Verheul et al. (2005) comentam ainda que existe evidência substancial de que uma idade mais prematura do início da dependência/abuso, pode traduzir a maior influência genética do alcoolismo. Deste modo, pensamos que a presença familiar de PLA por parte dos progenitores, pode estar de certo modo representado numa idade mais prematura de início do consumo excessivo e desenvolvimento de abuso/dependência. Autores como Walter et al. (2006) incluem no seu estudo a variável presença de história familiar de alcoolismo, tendo-se revelado presente em 43% dos doentes dependentes. No entanto, neste estudo de Walter et al. (2006) a presença de história familiar de alcoolismo não se revelou um factor de prognóstico

estatisticamente significativo dos resultados ao fim de 1 ano de seguimento após internamento. No estudo de Ellis e McClure (1992), com 1 ano de seguimento de doentes SDA/SAA após internamento, 52% das mulheres e 37% dos homens tinham história familiar de alcoolismo, tendo-se revelado para os homens um importante factor de prognóstico de recaída ao fim de 1 ano de seguimento, mesmo após ajustamento para outras co-variáveis num modelo de regressão múltiplo. Também no estudo de Bottlender e Soyka (2005 a) se estudou a presença de história familiar de alcoolismo como factor de prognóstico do resultado aos 6 meses de seguimento após tratamento ambulatorio de 1 ano, estando presente em cerca de 38% dos doentes. No entanto, e tal como no estudo de Walter et al. (2006), a história familiar de alcoolismo não se revelou um factor de prognóstico estatisticamente significativo da recaída ao fim de 6 meses de seguimento no estudo de Bottlender e Soyka (2005 a). No estudo de Kiritzé Topor et al. (2004) 64% dos doentes revelaram história familiar de perturbações de álcool, no entanto, também neste estudo a história familiar de álcool não se revelou um importante factor de prognóstico do resultado ao tratamento.

No estudo de Staines et al. (2003), a gravidade de consumo de álcool obtido por dados do consumo de álcool no mês pré tratamento, revelou-se estatisticamente associado a uma maior frequência de consumo aos 3 e 12 meses de seguimento após admissão ao tratamento em internamento ou ambulatorio. Esta gravidade de consumo de álcool incluiu o número de dias a consumir, assim como, o número de dias com PLA e o dinheiro gasto em álcool no último mês pré tratamento. Deste modo, este estudo evidenciou que uma maior gravidade de consumo de álcool está estatisticamente associada a um pior resultado do tratamento. Bottlender e Soyka (2005 a) também encontraram resultados no sentido de que uma elevada gravidade de dependência de álcool no período de pré tratamento tinha um impacto negativo no resultado do tratamento aos 6 meses de seguimento após tratamento ambulatorio de 1 ano. Este estudo revelou que os doentes recaídos eram mais verosímeis de terem uma duração de dependência mais

longa (com maior média de anos de dependência), sugerindo ainda os resultados (embora sem significado estatístico) que nos meses antes do tratamento os doentes que recaíram consumiam tendencialmente mais quantidade de álcool por dia (com maior média de gramas de álcool por dia). Bottlender e Soyka (2004) também encontraram que no período de tratamento ambulatorio de 1 ano, os doentes com mais consumo diário de álcool pré tratamento sugeriam um maior risco de recaída durante o tratamento. Mais concretamente, os recaídos durante o tratamento ambulatorio tinham um consumo médio de 229 gramas/dia versus o consumo médio de 177 gramas/dia dos não recaídos ($p < 0,07$).

Ilgen et al. (2007) num estudo com 2350 doentes com perturbações de consumo de álcool e/ou outras substâncias, também encontraram que uma maior gravidade de consumo, dado pela frequência diária de consumo pré tratamento (podendo indicar um padrão de frequência de consumo continuado diário), era um factor de prognóstico desfavorável da auto eficácia ou nível de confiança do doente se manter abstinente ao fim de 1 ano de seguimento após tratamento em internamento.

Curiosamente, os resultados do estudo transversal de Schuckit et al. (1997) com 1853 doentes com SDA revelaram que os doentes que iniciaram o consumo regular mais cedo e com mais anos de dependência de álcool revelaram mais períodos de abstinência de 3 e mais meses no curso do alcoolismo. Neste mesmo estudo, e considerando unicamente os doentes que tiveram períodos longos de abstinência, observou-se que mais anos de alcoolismo também estavam estatisticamente associados a períodos de abstinência mais extremos de 5 e mais anos. Deste modo este estudo aponta para a possibilidade de que uma maior gravidade no consumo de álcool também possa estar associada a uma maior abstinência.

Estes achados sugestivos de sentidos de associação contraditórios entre o nível de dependência do álcool e o resultado do tratamento, já tinham sido

abordados por McKay e Weiss (2001) e Waisberg (1990) que referem que em alguns estudos, mas não em todos, se verifica que um maior nível de gravidade de dependência do álcool estava estatisticamente associado a um pior resultado ao tratamento.

1.7.3.2 - Tratamentos anteriores

No curso do SDA é normal o doente entrar em diversos programas de tratamento ao longo da sua vida. Os tratamentos anteriores foram investigados em diversos estudos como potenciais factores de prognóstico do resultado do tratamento de doentes com SDA.

Na revisão sistemática da literatura de McKay e Weiss (2001) sobre factores de prognóstico do resultado ao tratamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias, foi encontrado que múltiplos tratamentos no tempo estavam estatisticamente associados ao resultado em 86% dos estudos. Em 58% destes estudos em que se observou a associação, múltiplos tratamentos no tempo estavam estatisticamente associados a pior resultado, enquanto que em 33% dos estudos observou-se o oposto, ou seja, que múltiplos tratamentos no tempo podem predizer um melhor resultado. Uma sugestão importante neste aspecto apresentada por McKay e Weiss (2001) é que quando é efectuado mais tratamento temporalmente muito próximo de um tratamento de referência, então, mais tratamento está associado a um prognóstico mais favorável. Contrariamente, quanto mais espaçado no tempo são os vários tratamentos pior é o prognóstico dos doentes e neste caso, múltiplos tratamentos estarão associados a pior resultado.

No estudo de McLellan et al. (1994) que investiga factores de prognóstico do resultado aos 6 meses de tratamento de doentes dependentes de álcool, cocaína e opióides (isoladamente ou concomitantemente), foi demonstrado que a recaída em álcool e/ou outras substâncias era explicado, entre outros aspectos, pelo número de tratamentos prévios para álcool e outras

substâncias. Mais tratamento prévio estava estatisticamente associado a pior resultado.

Terra et al. (2008) concluem no seu estudo de factores de prognóstico da recaída aos 6 meses de tratamento ambulatorio (após alta a internamento) que ter recebido tratamento prévio era factor de prognóstico da recaída (OR=3,7; $p<0,001$ após ajustamento para outras variáveis num modelo de regressão logística). Este resultado também vai ao encontro de uma maior gravidade, revelada por já ter efectuado tratamento prévio para o problema de álcool, estar estatisticamente associado a mais recaída.

No estudo de Chong e Lopez (2008) sobre factores de prognóstico de recaída em álcool aos 6 e 12 meses de seguimento após internamento de 45 dias para PLA e/ou problemas de outras substâncias, realizado em mulheres de etnia americana índia, foi encontrado que o número de tratamentos anteriores para os PLA era um factor de prognóstico estatisticamente associado à recaída em álcool aos 6 meses, sendo este resultado estatisticamente significativo após ajustamento por regressão logística múltipla (OR=1,9; $p<0,001$).

As variáveis que tipicamente representam os tratamentos anteriores incluem aspectos como o número de tratamentos prévios, se os tratamentos anteriores foram em internamento ou ambulatorio, o número de desintoxicações prévias, o contacto prévio com Alcoólicos Anónimos (AA) e a desistência prévia de programas de tratamento (Bottlender; Soyka, 2005 a,b).

Os doentes dependentes de álcool tipicamente apresentam histórias de vida com sequências de recaídas e internamento por motivos directa ou indirectamente relacionados com o álcool, apontando a evidência científica para uma associação entre a história de múltiplos internamentos e um pior prognóstico (Glenn; Parsons, 1991). Deste modo, estes autores também

apontam o interesse de se incluir uma variável indicadora de internamentos anteriores como eventual factor de prognóstico da recaída.

No estudo de Bottlender e Soyka (2004) conclui-se que os doentes recaídos num período de tratamento ambulatorio de 1 ano tinham tido maior taxa de participação em tratamentos anteriores em comparação com os abstinentes. Mais concretamente, os recaídos durante o tratamento ambulatorio apresentaram uma taxa de participação em tratamentos anteriores de 57% em comparação com os abstinentes de 24% ($p < 0,005$). Ou seja, os recaídos podem ter feito tratamentos anteriores 2,4 vezes os tratamentos anteriores dos abstinentes, o que revela uma importante magnitude da associação entre a recaída e a participação em tratamentos anteriores. No estudo de Bottlender e Soyka (2005 a), conclui-se que era mais verosímil que os doentes recaídos ao fim de 6 meses de seguimento após tratamento ambulatorio de 1 ano já tivessem sido tratados para a dependência do álcool, especialmente em regime de internamento. No estudo de Bottlender e Soyka (2005 b) os resultados sugerem que aos 36 meses de seguimento após tratamento ambulatorio de 1 ano, um número superior e uma superior taxa de tratamentos anteriores em regime de internamento estavam estatisticamente associados a maior número de recaídas.

No estudo de McLellan et al. (1983) envolvendo dependentes de álcool e de outras substâncias verificou-se que um maior número de tratamentos prévios era um indicador de pior resultado aos 6 meses de seguimento após admissão a internamento, para doentes sem nível elevado de problemas psiquiátricos. No entanto, o estudo de Staines et al. (2003) sugere que os doentes com SDA/SAA que já tinham feito tratamentos anteriores para o consumo de álcool e outras substâncias estavam estatisticamente associados a uma mais baixa frequência de consumo aos 3 meses de seguimento após admissão a tratamento em internamento ou ambulatorio. Ainda no mesmo estudo de Staines et al. (2003), a história de participação em programas de 12 passos pré tratamento (AA) era um factor de prognóstico de mais baixo

consumo de álcool aos 3 e 12 meses de seguimento após admissão a tratamento.

No estudo de Glenn e Parsons (1991), com seguimento durante 14 meses após um período de internamento de cerca de 1 mês, um dos resultados que se revelou estatisticamente mais associado à recaída foi a história prévia de tratamento em internamento ou ambulatório para álcool, drogas, ou no âmbito da saúde mental, ou seja, mais tratamento anterior é factor de prognóstico de mais recaída (esta historia de tratamento refere-se aos 6 meses antes do início da admissão ao tratamento para a dependência do álcool).

Deste modo, parece que muitos estudos apontam que mais tratamentos anteriores poderão estar associados a mais recaída, e em especial para o caso do tratamento anterior ter sido feito em internamento. No entanto, refira-se que podem existir outros estudos que parecem apontar na direcção contrária, ou seja, mais tratamentos anteriores podem estar associados a mais abstinência.

1.7.3.3 – Problemas legais

Em qualquer situação de consumo excessivo de álcool é perfeitamente natural esperar problemas legais consequentes de comportamento agressivo, irracional e violento, assim como, de acidentes rodoviários, entre outros aspectos (Anderson et al., 2007; Babor et al., 2001; Mello et al., 2001).

Em Portugal existem dados sobre estabelecimentos prisionais que mostram que uma percentagem relevante da população reclusa está ligada directa ou indirectamente ao consumo de álcool, estando este associado a 44% dos homicídios, 27% dos furtos, 5% do fogo posto e 1,5% dos crimes de violação (Mello et al., 2001).

Sendo os problemas legais indicadores de um certo nível de consequência da história do consumo, também devem ser estudados como eventuais factores de prognóstico de resultado ao tratamento. Autores como Glenn e Parsons (1991) apontam os problemas legais como variáveis importantes a serem estudadas como factores de prognóstico da recaída.

Na revisão sistemática da literatura de McKay e Weiss (2001) foi encontrado que nos estudos em que os problemas legais estavam estatisticamente associados ao resultado ao tratamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias, esta associação dava-se no sentido em que uma maior gravidade de problemas legais estava estatisticamente associado a pior resultado ao tratamento.

No estudo de Blondell et al. (2006) envolvendo doentes de álcool e/ou outras substâncias foi encontrado com significado estatístico que os doentes que tiveram problemas judiciais (como terem sido reclusos) recaíram mais no mês de seguimento após desintoxicação.

No nosso estudo os problemas legais vão ser abordados ao nível do doente com SDA, que devido à longevidade da doença tem naturalmente grande risco de incidência de problemas legais no curso da sua doença. No entanto, riscos semelhantes também poderão surgir em conceitos mais leves em alcoologia como no SAA (Síndrome de Abuso de Álcool) ou mesmo numa situação mais pontual de intoxicação ocasional aguda de álcool.

No estudo de Ilgen et al. (2007) que aborda os factores de prognóstico da auto eficácia ou nível de confiança do doente se manter abstinente de álcool e outras substâncias ao fim de 12 meses de seguimento após tratamento em internamento, foi encontrado que inferiores níveis de problemas relacionados com o consumo de álcool e outras substâncias na admissão ao tratamento, incluindo problemas legais, estava estatisticamente associado a um melhor resultado.

O estudo de McKay et al. (1998) envolvendo dependentes de álcool e/ou cocaína aborda os problemas legais como factor de prognóstico da participação em sessões de aconselhamento e grupos de auto ajuda, durante os 3 meses de seguimento após 1 mês de tratamento ambulatorio intensivo. A participação em sessões de aconselhamento e grupos de auto ajuda são por sua vez duas variáveis naturalmente correlacionadas com a abstinência. Neste estudo, foi encontrado que mais problemas legais medidos no início dos 3 meses de seguimento estavam estatisticamente associados a mais participação em grupos de auto ajuda.

1.7.3.4 - Avaliações laboratoriais de hepatologia e hematologia

Uma das consequências naturais da história de consumo nocivo de álcool é a lesão hepática (Babor et al., 2001). Deste modo é costume medir-se a gravidade do consumo através de indicadores hepáticos tais como gama glutamiltransferase (GGT), aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT), estando os valores aumentados destes indicadores associados a um maior consumo de álcool (Deguti; Gonçalves, 2000). Para além destes, o volume globular médio (VGM) aumentado também pode traduzir consumos excessivos de álcool (Deguti; Gonçalves, 2000).

No estudo de DeSousa e DeSousa (2004) os valores da GGT corroboraram objectivamente os resultados das medições de abstinência feitas pelo doente e investigador. No estudo de Barrias et al. (1998) os valores da GGT mostraram uma estreita correlação com a declaração de abstinência prestada pelo doente. Também, segundo Johnson et al. (2003) os resultados de consumo de álcool auto referidos corroboraram a descida de valores da GGT ao longo do tratamento. No estudo de Ellis e McClure (1992) o consumo máximo de álcool na admissão revelou-se correlacionado com a GGT, não se revelando associação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e o VGM. No estudo de Besson et al. (1998) existiu uma redução nos valores

médios da GGT e do VGM ao longo do tratamento, estando as avaliações da GGT em concordância próxima com a auto declaração de consumo de álcool dos doentes. O estudo de Coulton et al. (2006) também revelou uma correlação estatisticamente significativa e de razoável magnitude entre o consumo de álcool e a GGT.

No entanto, apesar das avaliações laboratoriais corroborarem os consumos de álcool, refira-se que se deve ter em consciência alguma limitação existente. Del Boca e Darkes (2003) sugerem que apesar da qualidade dos marcadores biológicos para consumo de álcool ter incrementado nos últimos anos, as avaliações dos marcadores tendem a ter falta de sensibilidade e especificidade. Rubio et al. (2001) comenta mesmo que a GGT é um marcador que ajuda a identificar o consumo embora não seja perfeito. De facto, no seu estudo, e após um ano de tratamento de dependentes de álcool, existe diferença no sentido em que os valores médios da GGT são mais elevados no grupo de tratamento com mais consumo pesado de álcool no seguimento. No entanto, para diferenças estatisticamente significativas entre tratamentos face ao consumo pesado, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos tratamentos face aos valores médios da GGT. No estudo de Stockwell (1983) envolvendo doentes recém internados para desintoxicação, os níveis de GGT e VCM medidos 1 dia após admissão não se revelaram estatisticamente associados ao nível de gravidade de dependência de álcool na mesma fase de tratamento, nem isoladamente à quantidade e padrão de frequência de uso de álcool pré desintoxicação.

Apesar de nos estudos os valores dos exames laboratoriais darem essencialmente uma importância confirmatória da abstinência auto reportada pelos doentes, pensamos que como indicadores da gravidade na admissão aos tratamentos também podem representar variáveis que eventualmente podem determinar o prognóstico do resultado do tratamento, e como tal,

vamos incluir estas variáveis no estudo de factores de prognóstico do resultado ao tratamento.

1.7.3.6 – PLA medidos por questionários específicos e critérios de diagnóstico clínico

Os estudos de factores de prognóstico em doentes com SDA podem envolver diferentes questionários desenvolvidos especificamente para medir os problemas relacionados com o consumo. Uma efectiva avaliação dos doentes com PLA e problemas de outras substâncias requer um completo acesso aos potenciais problemas do doente, para além da simples avaliação do uso de álcool e drogas (McLellan et al., 1985).

Entre estes diferentes questionários podemos referir o muito utilizado *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan et al., 1992; McLellan et al., 1985; McLellan et al., 1980 a,b). Este questionário permite a avaliação de 7 componentes representadas por problemas médicos, de emprego, de consumo de álcool, de consumo de drogas, problemas legais, problemas sociais/familiares e problemas psiquiátricos (Staines et al., 2003). Alguns exemplos de estudos com doentes de abuso e dependência de álcool e dependência de outras substâncias que utilizaram este questionário foram DeSousa e DeSousa (2004), Johnson et al.(2003), Staines et al. (2003), McKay et al. (1998), McLellan et al. (1983).

Um outro questionário específico que pode resultar na medição da qualidade de vida no abuso e dependência do álcool é o *Alcohol Related Problems Questionnaire* (ARPQ) (Patience et al., 1997) (ver Anexo 3), sendo o questionário adoptado na nossa investigação sobre factores de prognóstico. Um menor número de PLA do ARPQ está naturalmente associado a mais qualidade de vida do doente. É um questionário já utilizado em estudos prévios e modificado com a experiência (Neto et al., 2008; Kiritzé Topor et al., 2004; Chick et al., 2000; Chick et al., 1991; Chick et al., 1988), sendo

consistindo por 11 questões que avaliam os problemas de saúde física e mental, de emprego, sócio familiares e problemas legais (Patience et al., 1997). No estudo de Patience et al. (1997) os resultados revelaram que os dias de abstinência e os meses de consumo controlado se encontravam negativamente correlacionados com os problemas relacionados com o álcool medidos pelo ARPQ. Também no mesmo estudo, uma melhor qualidade de vida dada por menos PLA no ARPQ estava correlacionada com as diferentes dimensões de qualidade de vida SF36 de Ware et al. (1992), o que de facto valida a representação do ARPQ relativamente à qualidade de vida do doente com SDA. Neste momento encontra-se disponível uma versão em português (ver Anexo 3) já utilizada em Portugal e conduzindo a publicação científica (Neto et al., 2008).

Kiritzé Topor et al. (2004) utilizam o ARQP como medida primária de sucesso terapêutico, comentando que estudos prévios realizados em Inglaterra mostraram que o ARQP está bem correlacionado com a gravidade da dependência de álcool (Patience et al., 1997). Mais ainda, Kiritzé Topor et al. (2004) justificam que quando o clínico geral se confronta com o doente que claramente tem problemas relacionados com álcool, o primeiro objectivo do clínico não é propriamente parar o consumo de álcool mas sim ajudar a resolver os problemas causados por um comportamento auto destrutivo de consumo.

Outros questionários que pretendem medir especificamente o nível de gravidade para a saúde consequente do consumo excessivo de álcool, utilizadas em diversos estudos foram o *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ) (Stockwell et al., 1983), o mini questionário de 4 questões *Cut Annoyed Guilty Eyes* (CAGE) (Ewing, 1984), o questionário *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) (Selzer, 1971), o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Babor et al., 2001; Bohn et al., 1995) – e o questionário (mais representativo do *craving*) *Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS) (Moak et al., 1998; Anton et al., 1995).

Enquanto que todos estes diferentes questionários podem ser usados por técnicos de saúde não necessariamente médicos, existem ainda outros critérios específicos utilizados pelos médicos para o diagnóstico do SDA. Estes critérios clínicos para diagnóstico do SDA são os 7 critérios incluídos no DSM-IV (APA, 2002; APA, 1994) e os critérios incluídos no ICD-10 *Classification of Mental and Behavioural Disorders* para SDA (WHO, 1992). No nosso estudo foram utilizados os 7 critérios do DSM-IV, uma vez que são os critérios adoptados pelos médicos assistentes responsáveis pelos doentes incluídos no estudo.

Apesar destas classificações do DSM-IV e ICD-10 servirem essencialmente para o diagnóstico clínico do doente dependente de álcool e critérios de inclusão em estudos de populações de doentes com SDA, de facto também podem ser usadas como factores de prognóstico, um a um ou no seu conjunto, assumindo que quanto maior o número de critérios maior poderá ser a gravidade da dependência. Por exemplo, Schukit et al. (1997) conclui que um dos factores de prognóstico de longos períodos de abstinência (pelo menos 3 meses durante o curso da doença) foi o número de critérios do DSM para SDA. Neste estudo, um maior número de critérios estava estatisticamente associado a mais abstinência, o que faz todo o sentido no âmbito de outros resultados do seu estudo, em que maior gravidade da doença estava estatisticamente associada a mais abstinência.

1.7.4 – Factores de prognóstico associados ao tratamento

O tratamento é um dos aspectos de maior importância na recuperação de doentes com SDA e na manutenção da abstinência. Os dependentes de álcool abstinentes, e em particular de forma continuada, mostram taxas de mortalidade reduzidas e aumentos na esperança de vida em comparação com os dependentes de álcool que recaíram no seu consumo (Miller, 1999).

Room et al. (2005) resume as conclusões mais importantes de 25 anos de investigação acerca do tratamento de dependentes de álcool, com implicação para as políticas de saúde e prática clínica:

- 1) Os doentes que obtêm ajuda para o seu problema de álcool, especialmente de uma forma continuada no tempo, têm melhores resultados que aqueles que não recebem ajuda. No entanto, quer o tipo de ajuda ao dependente consista em tratamento efectuado num modo mais ou menos formal, não irá ter implicação nos resultados a longo termo,
- 2) A intensidade e duração do tratamento não está necessariamente associado a pronunciados aumentos no resultado,
- 3) Tratamento em internamento em clínica, apesar de ser mais dispendioso não é demonstrável ser mais efectivo que o tratamento feito em ambulatório ou em residência (não clínica),
- 4) Existe pouca evidência que uma dada abordagem psicoterapêutica ou farmacológica é a melhor.

Ainda segundo Room et al. (2005) um aspecto muito importante com implicação para as políticas de saúde e prática clínica, é que apesar de vários estudos terem mostrado que os doentes têm uma substancial melhoria durante o primeiro ano após o tratamento para os PLA, os resultados dos estudos de *Follow-up* num longo período de tempo mostraram que o tratamento tem realmente pouco efeito no resultado a longo termo.

Na revisão sistemática de McKay e Weiss (2001) sobre o resultado do tratamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias, foi encontrado que o tipo de tratamento estava estatisticamente associado ao resultado em perto de 70% dos estudos, sendo uma grande parte dos efeitos estatisticamente significativos destes estudos, estimados em investigações de coorte não aleatorizadas comparativas de tratamento versus não tratamento (após desintoxicação). No entanto, é curioso ter-se também encontrado em McKay e Weiss (2001) que só em 5% dos estudos é que se provou efeito estatisticamente significativo do tipo de tratamento a longo

termo, nomeadamente aos 3 anos de seguimento. Estes resultados podem sugerir que o tipo de tratamento pode não influenciar o resultado a longo termo, tendo mais influência num período de tempo mais breve após desintoxicação.

No inquérito transversal de Sobell et al. (1996) aplicado à população geral com e sem PLA, foi encontrado que na sub população com PLA o tratamento estava estatisticamente associado à abstinência, mais concretamente, foram encontradas taxas de tratamento de 34% e 3% respectivamente para abstinentes e não abstinentes ($p < 0,001$). Mais ainda, este estudo revelou também que os indivíduos recuperados que tinham procurado tratamento eram os que tinham maior gravidade de PLA, em comparação com os recuperados sem qualquer tratamento. Este aspecto sugere a esperada ligação entre a gravidade e a motivação para tratamento.

Na revisão da literatura de Moos e Moos (2006), é comentado pelos autores que resultados de uma meta análise apontam que a taxa de recaída a curto prazo (3 anos) ronda os 79% para os doentes não tratados em comparação com a taxa de 57% de recaída para os doentes tratados. Ao nível dos resultados obtidos por Moos e Moos (2006) no seu estudo envolvendo doentes com PLA, ao fim de 3 anos de seguimento após cessação de consumo, foi encontrado que o grupo de doentes que recebeu tratamento com ou sem AA teve menos recaída que o grupo de doentes que não recebeu qualquer ajuda, ou seja, 38% de recaída versus 57% ($RR = 0,67$; $p < 0,01$). Ao fim de 16 anos de seguimento, 61% dos abstinentes aos 3 anos e que não receberam ajuda acabaram por recair em comparação com 43% de recaída dos abstinentes aos 3 anos que receberam ajuda/tratamento ($p < 0,05$). Deste modo, este resultado dá alguma evidência que a procura de tratamento pode estar associado a evitar a recaída, mesmo num longo prazo de seguimento. No entanto, podemos levantar a hipótese explicativa de que uma inferior possibilidade de recaída a longo prazo se possa dever

essencialmente a uma maior motivação dos doentes, revelada pela procura inicial de ajuda e tratamento, do que propriamente ao tratamento por si só.

De acordo com Mello et al. (2001) o esquema de tratamento do doente alcoólico crónico desenrola-se em várias etapas que podem ser concebidas da seguinte forma:

- 1) O primeiro contacto, o reconhecimento e a avaliação da situação;
- 2) A desintoxicação, isto é, o tratamento dos efeitos tóxicos e metabólicos causados pelo álcool, nomeadamente nos sintomas e quadros de privação alcoólica, e ainda a correcção das complicações físicas e psíquicas;
- 3) Outros tratamentos farmacológicos;
- 4) Desenvolvimento de um programa psicoterapêutico de apoio e recuperação do indivíduo, de reinserção sócio familiar e laboral e de motivação para a opção de um novo “estilo de vida”, assente numa total abstinência alcoólica futura.

O tempo de tratamento e seguimento de 6 meses no nosso estudo de factores de prognóstico do resultado ao tratamento, assenta essencialmente na fase de tratamento dos pontos 3 e 4 deste esquema de Mello et al. (2001), ou seja, na fase dos tratamentos farmacológicos após desintoxicação e programa de aconselhamento psicoterapêutico.

Segundo a literatura, existe grande evidência da efectividade dos tratamentos farmacológicos com Dissulfiram (DIS), Acamprosato (ACA), Naltrexone (NTX) em concomitância com aconselhamento psicoterapêutico individual, familiar e de grupo. O DIS é um fármaco que funciona de modo aversivo, provocando nos doentes reacção de rejeição e aversão ao consumo de álcool, enquanto o ACA e o NTX funcionam como moderadores da apetência, actuando de modo a reduzir o *craving* dos doentes (urgência associada à memória do efeito) e consequentemente a controlar o consumo de álcool.

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, de acordo com o estudo observacional de Feeney et al. (2006) com coortes de tratamento farmacológico a receberem NTX e/ou ACA e uma coorte sem tratamento farmacológico, a evidência científica revelou que existe superior melhoria e melhores resultados em doentes que receberam tratamento farmacológico em comparação com doentes que não o receberam.

Ao nível da participação em programas de terapia de grupo também existe evidência da efectividade da participação em programas de 12 passos como os AA. Para além disto, como diferentes médicos podem ter resultados diferentes num estudo de tratamento de doentes com SDA, torna-se adequado investigar ao nível do tratamento o efeito do médico. Misturado com a adesão dos doentes ao tratamento, assim como, com o efeito do médico surge naturalmente a componente motivacional do doente para tratamento. Vejamos então estes diferentes aspectos relacionados com o tratamento dos doentes com SDA.

1.7.4.1 - Tratamento farmacológico – Dissulfiram, Acamprosato e Naltrexone

Segundo Sá Nogueira e Ribeiro (2008) os fármacos *anticraving* como o ACA e o NTX diminuem o desejo e a compulsão para beber e dessa forma, reduzem o número de recaídas, e quando estas aparecem, ajudam a voltar à abstinência mais facilmente. Por tal motivo, devem manter-se durante a recaída, e ser administrados durante um período de 6 a 12 meses. Flannery et al. (2001) também referem a eficácia *anticraving* do ACA e NTX obtida em modelos animais. Segundo Sá Nogueira e Ribeiro (2008), o DIS é um fármaco aversivo cuja missão é dissuadir o consumo de álcool, de forma voluntária; cobre os primeiros tempos de abstinência e reforça a decisão da mesma. Não suprime o desejo, pelo que se pode associar ao ACA, NTX e outros.

Mello et al. (2001) também referem a importância do ACA, DIS e NTX como fármacos com evidência de efectividade na redução e controlo do “desejo irresistível de beber” (apetência) após a supressão do álcool e desintoxicação. Estes mesmos autores referem que o tratamento farmacológico do doente alcoólico deve ser encarado essencialmente como reforço farmacológico das acções terapêuticas, uma vez que, a intervenção psicoterapêutica tem o seu lugar em todas as fases de um tratamento sempre longo.

Bottlender e Soyka (2004) encontraram que níveis mais elevados de *craving* no início e fim do tratamento ambulatorio, efectuado num período de 1 ano, estavam respectivamente associados com significado estatístico a mais recaída durante o tratamento e nos 12 meses após tratamento ambulatorio. Deste modo, os autores sugerem que os doentes com superior nível de *craving*, e consequentemente, com maior risco de recaída podem beneficiar de medicação *anticraving*, tal como o ACA.

Nos ensaios clínicos aleatorizados com elevada validade interna, o tratamento farmacológico com ACA, DIS e NTX provou ser efectivo na prevenção da recaída (Buri et al., 2007). No entanto, estes mesmos autores apontam a possibilidade da medicação ser tendencialmente mais prescrita pelos clínicos em doentes com maior gravidade da dependência. No seu estudo observacional, apesar dos doentes mais graves serem os doentes medicados com ACA e DIS, concluiu-se que o tratamento farmacológico introduzido antes da primeira recaída estava estatisticamente associado a mais atraso no tempo até à recaída, menos recaídas e menos necessidade de internamento.

No entanto, também é preciso ter em consciência que resultados sugestivos de uma eventual falta de eficácia/efectividade dos tratamentos farmacológicos tenham sido referidos na literatura, por exemplo, em Room et al. (2005) que comenta que apesar das BZD terem um papel fundamental na

cessação do consumo de álcool e o DIS ter sido usado desde 1940 como droga de controlo do uso, os fármacos ainda não conseguiram evidenciar até agora um impacto realmente demonstrável no tratamento da dependência de álcool.

Focando agora a nossa atenção nos efeitos dos fármacos na prevenção das recaídas, vamos de seguida apresentar revisão da literatura específica desta matéria, constituindo a grande maioria dos estudos revistos ensaios clínicos, delineados com o objectivo de medir os efeitos dos fármacos DIS, ACA e NTX. Esta revisão é feita na sequência da medição dos efeitos isolados de DIS, seguido de ACA e de NTX. Após esta revisão dos efeitos isolados dos fármacos DIS, ACA e NTX, foram revistos os estudos que comparam entre si dos efeitos destes fármacos DIS, ACA e NTX de modo a percebermos se existe evidência de superioridade de algum destes fármacos. Finalmente, após esta apresentação foram revistos ainda estudos que apresentam evidência de efeito de tratamento farmacológico combinado, nomeadamente DIS+ACA e NTX+ACA. A secção termina com um quadro resumo de vários estudos de modo a ficarmos com uma ideia geral dos efeitos dos fármacos.

Relativamente ao efeito de DIS, num ensaio clínico aleatorizado da eficácia de DIS (200mg/dia) versus placebo (PLC) em adolescentes dependentes de álcool (idades entre os 16 e os 19 anos) (Niederhofer; Staffen, 2003), o DIS aos 90 dias de tratamento mostrou-se mais eficaz no que diz respeito à taxa de recaída e duração cumulativa dos períodos de abstinência. No final do tratamento tinha-se observado 46% de recaída no grupo DIS contra 85% no grupo PLC (RR=0,54; $p<0,01$). Deste modo, os autores concluem que o DIS pode ser um tratamento farmacológico eficaz e bem tolerado, adjuvante de programas de tratamento psicossociais e comportamentais em doentes dependentes de álcool adolescentes.

O estudo observacional coorte clínico de Neto et al. (2007) apresenta um resultado bastante relevante acerca da efectividade do DIS em ambiente de

tratamento ambulatorio de doentes num programa após alta a internamento. Nestes doentes seguidos durante 6 meses após internamento foi observado mais tempo médio de toma de DIS nos abstinentes em comparação com os recaídos durante o período de 6 meses, 180 dias versus 111 dias ($p < 0,001$). No entanto, quando se consideraram classes de tempo de toma de DIS, este só se verificou ser um factor de prognóstico estatisticamente significativo de um bom resultado a partir dos 121 dias de toma continuada. Este resultado pode ser muito sugestivo no sentido em que um fármaco como o DIS pode ser realmente efectivo ao fim de um longo período de toma continuada, perdendo efectividade se administrado em períodos mais curtos de tempo.

Segundo Laaksonen et al. (2007) uma das razões mais importantes para eventuais piores resultados com o DIS é a consequente falta de adesão com o fármaco quando os doentes são autorizados a fazerem a medicação por si mesmo. De acordo com Anton (2001) e Hughes e Cook (1997) pode-se concluir que a administração de DIS sem supervisão é de utilidade limitada, o que dá mais ênfase ao tratamento baseado no DIS com supervisão de um co-responsável. De acordo com a revisão de Chick (1999) acerca do DIS, este autor aponta que ensaios clínicos aleatorizados e controlados com DIS mostraram que quando os doentes concordam em incluir uma terceira parte para ajudar a adesão ao tratamento, esta abordagem pode resultar num aumento da efectividade do tratamento.

Ainda, e de acordo com Room et al. (2005) os ensaios clínicos aleatorizados de DIS controlados com PLC demonstraram que droga não é efectiva devido à fraca adesão terapêutica.

Relativamente ao efeito de ACA, no ensaio clínico aleatorizado da eficácia de ACA versus PLC (Barrias et al., 1998), o ACA (1998 mg/dia em doentes com pelo menos 60 Kg e 1332 mg/dia em doentes com menos de 60 Kg) mostrou-se consistentemente mais eficaz ao fim de 12 meses de seguimento após admissão a tratamento que o PLC, sendo simultaneamente bem

tolerado. A taxa de abstinência de Kaplan Meier do ACA ao fim de 12 meses foi 35% em comparação com a taxa 20% do PLC, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Também os resultados do ensaio aleatorizado de ACA versus PLC de Tempesta et al. (2000) são sugestivos da eficácia do ACA (1998 mg/dia). Este ensaio revelou a superioridade de eficácia do ACA ao fim de 6 meses de tratamento após admissão em ambulatório. No final dos 6 meses de tratamento a taxa de abstinência foi superior para o ACA (57,9% versus 45,2%; $p < 0,05$), assim como, o tempo cumulativo de abstinência também se revelou superior para o ACA (110 dias versus 89 dias; $p < 0,05$), permitindo os autores concluir que o tratamento com ACA ao longo de 6 meses foi consistentemente mais eficaz que o PLC em manter a abstinência e prevenir a gravidade da recaída.

Kiritzé Topor et al. (2004) realizaram um ensaio clínico, aleatorizado da efectividade do ACA (1998/1332 mg/dia) em combinação com terapia de aconselhamento individual e de grupo versus a terapia de aconselhamento sem qualquer fármaco associado. O estudo foi realizado em cuidados de saúde primários envolvendo clínicos gerais, tendo uma componente mais naturalista que um ambiente de ensaio clínico que envolve médicos psiquiatras e critérios mais selectivos de inclusão dos doentes. O estudo envolveu um tempo de tratamento e seguimento dos doentes de 1 ano após desintoxicação. O resultado principal do estudo é que os doentes que receberam ACA melhoram mais que os doentes que não receberam qualquer tratamento farmacológico, apresentado um Benefício Relativo (BR) de sucesso (não ter qualquer problema relacionado com álcool durante os 12 meses) $BR = 1,28$ ($p = 0,005$). As taxas de sucesso no final do ano foram de 64% e 50% respectivamente para os grupos com e sem ACA. Os autores apresentam ainda o Número Necessário Tratar (NNT) sendo este $NNT = 7$, o que significa que tem que se tratar cerca de 7 doentes com o ACA para se obter um sucesso, ou seja, não se observar qualquer problema relacionado com o álcool ao fim de 1 ano. Deste modo, podemos observar que existe evidência de efectividade do ACA, embora o efeito seja relativamente

modesto, se tomarmos em consideração a magnitude do BR e o NNT para se observar sucesso. É esperado que quanto maior a magnitude do efeito medida pelo BR e quanto mais perto de 1 estiver o NNT, maior é a evidência da efectividade do tratamento (Altman, 1998).

No estudo de Feeney et al. (2002) baseado numa coorte de 50 dependentes de álcool a fazerem tratamento combinado de aconselhamento psicoterapêutico e ACA (1998 mg/dia para doentes com pelo menos 60 kg de peso e 1332 mg/dia para doentes com menos de 60 kg de peso), foram comparados os resultados de 12 semanas de tratamento ambulatorio com os resultados de 50 controlos históricos, emparelhados e sem receberem ACA no seu esquema de tratamento para além do mesmo esquema terapêutico de aconselhamento. Os resultados apontam para uma diferença estatisticamente significativa nas taxas de recaída às 12 semanas e favorável ao grupo ACA (38% versus 14%; $p < 0,006$), permitindo este estudo tirar a conclusão que o ACA deve ser usado como adjuvante de aconselhamento psicoterapêutico, aumentando relevantemente a taxa de abstinência ao fim de 3 meses de tratamento.

No entanto, no ensaio clínico aleatorizado de ACA versus PLC, com seguimento de 6 meses após admissão a tratamento ambulatorio de doentes com SDA (Chick et al., 2000), o ACA (1998 mg/dia) não se mostrou mais eficaz que o PLC na prevenção da recaída (88% de recaída ao fim de 6 meses para o ACA versus 89% para o PLC não tendo a diferença significado estatístico). Uma das razões apontadas pelos autores para esta ineficácia do ACA foi o longo tempo de começo da medicação de estudo na sequência da desintoxicação, chegando a atingir mesmo as 5 semanas após admissão à desintoxicação (tendo sido a desintoxicação definida com um mínimo de 5 dias de abstinência). Apesar da ineficácia sugerida nesta investigação de Chick et al. (2000), outros aspectos de grande interesse provados estatisticamente neste mesmo estudo foram a superior redução do *craving* (numa escala visual analógica) para o grupo do ACA em comparação com o

PLC ao fim da semana 2 e 4 de medicação, assim como, a superior redução dos níveis de ansiedade (ansiedade de Hamilton (1959)) do grupo ACA em comparação com o PLC ao fim de 4 semanas de medicação.

O estudo de Mann et al. (2004) consistiu numa meta análise para aceder à eficácia do ACA versus PLC, sendo a variável primária de resultado a abstinência contínua aos 6 meses após admissão a tratamento. Foram incluídos 17 ensaios controlados e aleatorizados revelando o ACA com significado estatístico um BR de abstinência de 1,47, o que permite concluir que o ACA aumenta a abstinência em cerca de 47% em comparação com o PLC. Deste modo, os autores concluem que o ACA tem um efeito benéfico significativo na manutenção da abstinência após desintoxicação em doentes SDA.

Verheul et al. (2005) fizeram uma análise combinada de 7 ensaios clínicos aleatorizados e controlados com PLC permitindo aceder à eficácia do ACA (1998/1332 mg/dia) em 1485 doentes dependentes de álcool e após estarem desintoxicados. O tempo de tratamento com ACA variou entre 3 a 12 meses com mediana de 6 meses. A grande conclusão deste estudo é que o ACA se revelou consistentemente associado a melhores resultados ($p < 0,05$), no entanto a magnitude do seu efeito pode ser considerada modesta. Ainda um aspecto de grande interesse investigado neste estudo foi se a eficácia do ACA era modificada pelas medições da dependência psicológica ou gravidade dos sintomas de cessação, história familiar de alcoolismo, idade de início da dependência/abuso, a ansiedade e a gravidade do *craving*, com todas estas medições feitas na admissão ao tratamento. Contrariamente à hipótese de modificação de efeito, concluiu-se no estudo de Verheul et al. (2005) que o efeito do ACA não era modificado por nenhum destes eventuais modificadores de modo estatisticamente significativo (revelado por interações sem significado estatístico nos modelos). Deste modo, este estudo não originou evidência acerca da existência de subgrupos de doentes em que o ACA seja mais eficaz.

De acordo com Chick (2003) o ACA também ajuda a reduzir a gravidade da recaída em doentes SDA que não se conseguiram manter completamente abstinentes. Mais concretamente, numa meta análise constituída por n=1010 recaídos e períodos de tratamento que atingiram os 360 dias, o ACA estava estatisticamente associado a menor quantidade e menor frequência de consumo de álcool em comparação com os doentes que fizeram PLC.

Segundo Room et al. (2005), os estudos do ACA controlados com PLC com mais de 4000 doentes demonstraram uma evidência consistente da sua eficácia na reabilitação de doentes dependentes de álcool, sendo a única excepção o estudo de Chick et al. (2000), que como já tínhamos referido não mostrou evidência de eficácia no consumo para além de algum efeito psicológico benéfico (ao nível do *craving*). No entanto, Flannery et al. (2001) também discutem que apesar dos ensaios clínicos europeus terem demonstrado que o ACA aumenta a taxa e duração da abstinência de álcool, o seu efeito sobre o *craving* pode ser considerado discutível.

Relativamente ao efeito de NTX, o ensaio clínico aleatorizado e controlado com PLC para aceder à eficácia do NTX (50 mg/dia) durante 3 meses de tratamento ambulatorio após desintoxicação (os doentes com SDA tinham de estar abstinentes à mais de 5 dias para poderem ser incluídos no estudo) e com todos os doentes a receberem em ambulatorio terapia de aconselhamento individual e de grupo, revelou alguma eficácia do NTX embora não consistente em todas as variáveis de resultado (Guardia et al., 2002). Mais concretamente, aos 3 meses o NTX revelou inferior taxa de recaída em consumo pesado (7,9% versus 18,8%; $p=0,05$) e superior tempo mediano até à primeira recaída em consumo pesado (79 dias versus 74 dias; $p<0,05$). No entanto, apesar da curva de sobrevivência no geral ser mais favorável ao NTX nota-se que o NTX só atrasa a recaída num consumo pesado em cerca de 5 dias (diferença entre tempos medianos). Mais ainda, apesar de alguma tendência favorável ao NTX, este estudo de Guardia et al.

(2002) não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o NTX e o PLC face a diversas variáveis de resultado como o tempo até ao primeiro consumo não pesado (tempo mediano de 30 dias no NTX versus 29 dias no PLC), a taxa de abstinência (65% no NTX versus 63% no PLC), e o número médio de bebidas consumidas por dia de consumo (0,71 no NTX versus 1,22 no PLC). Os autores discutem ainda que o NTX pode estar associado a um decréscimo do *craving* para os doentes com boa adesão ao fármaco, com diferenças estatísticas face ao PLC ao nível de tendência ($p < 0,10$).

Também o ensaio clínico aleatorizado de Schmitz et al. (2004) revela a falta de eficácia do NTX (50 mg/dia) versus PLC, ambos combinados com aconselhamento psicoterapêutico, na redução de uso de álcool e cocaína, em doentes dependentes em simultâneo destas duas substâncias segundo os critérios do DSM-IV.

A meta análise de Streeton e Whelan (2001) acerca da eficácia do NTX no tratamento da dependência de álcool, em 7 ensaios aleatorizados e comparativos com PLC revelou que o NTX foi superior ao PLC. Ao fim de 12 semanas de tratamento, a diferença entre taxas de recaída foi 14%, sendo estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e favorável para o NTX.

Segundo o sumário de conclusões de Flannery et al. (2001) apesar de numerosos fármacos terem sido testados, a sua efectividade para reduzir o consumo e o *craving* na generalidade tiveram efeitos modestos. No entanto, Flannery et al. (2001) realçam a efectividade do NTX no controlo da urgência para beber – *craving*.

De acordo com Room et al. (2005), apesar do NTX ter evidenciado redução da taxa de recaída em consumo pesado, os seus efeitos tendem a ser pequenos devidos a aspectos como a fraca adesão e a gravidade da dependência.

Relativamente à comparação entre fármacos, segundo DeSousa e DeSousa (2004) no ensaio clínico aleatorizado de DIS versus NTX, com os doentes com SDA a serem seguidos durante 12 meses após admissão ao tratamento, o DIS (250 mg/dia) revelou-se mais eficaz que o NTX (50mg/dia) relativamente à taxa de abstinência e ao total de dias cumulativos de abstinência. O DIS revelou ao fim de 12 meses 86% de taxa de abstinência em comparação com o NTX com 44% de taxa de abstinência, sendo a diferença estatisticamente significativa. No entanto, o NTX revelou-se mais eficaz e com significado estatístico na redução do *craving* em comparação com o DIS. Os autores referem ainda a importância da supervisão familiar na maior eficácia do DIS.

No ensaio clínico aleatorizado de Rubio et al. (2001) da eficácia de NTX (50 mg/dia) versus ACA (1665/1998 mg/dia), com doentes SDA seguidos durante 1 ano após admissão a tratamento, apesar do tempo até à primeira bebida ser semelhante nos dois grupos comparativos e sem diferenças estatisticamente significativas (NTX 44 dias versus ACA 39 dias), de facto o NTX revelou superioridade em diversos resultados como o tempo até uma primeira recaída num consumo pesado (NTX 73 dias versus ACA 42 dias; $p=0,02$), e a taxa de recaída em consumo pesado ao fim de 1 ano (NTX 59% versus ACA 83%; $p<0,001$). Após 1 ano de seguimento após admissão a tratamento a gravidade do *craving* também era inferior no grupo NTX, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,01$). Os autores discutem a possibilidade da superioridade do NTX em relação ao ACA se deva a uma superior redução de *craving* induzida no grupo NTX. Ou seja, apesar do tempo até à primeira bebida ser semelhante entre o NTX e o ACA, o NTX atrasa mais o tempo até um primeiro consumo pesado devido à indução de um maior controlo associado a um menor *craving*. Kranzler e Kirk (2001) discutem mesmo que enquanto que existem dados na sua meta análise que suportam um efeito do NTX no risco de recaída pesada, não existem dados suficientes que permitam tirar as mesmas conclusões acerca da eficácia do ACA no risco de recaída pesada.

O ensaio clínico aleatorizado da eficácia de NTX (50 mg/dia) versus ACA (1665-1998 mg/dia) no tratamento da dependência de álcool durante 1 ano (após desintoxicação) de Rubio et al. (2001), revelou resultados algo mais favoráveis para o NTX, ou seja, o tempo até à primeira recaída pesada (5 ou mais bebidas num dia de consumo) foi superior para o NTX (63 dias versus 42 dias; $p < 0,05$) e a taxa de abstinência dada pela não recaída em consumo pesado ao fim de 1 ano também foi superior para o NTX (41% de abstinência versus 17%; $p < 0,001$). Os doentes eram todos do sexo masculino com nível moderado de dependência e com co-responsável.

No entanto, na meta análise de Kranzler e Kirk (2001) é sugerido não existirem diferenças de eficácia entre o NTX e o ACA, em ensaios aleatorizados e controlados com PLC. Os resultados de eficácia de ambos os fármacos mostram-se estatisticamente significativos, embora os efeitos se possam considerar modestos, ou seja, o NTX mostrou uma eficácia de 12% a 19% superior ao PLC, enquanto que o ACA mostrou uma eficácia de 7% a 13% superior ao PLC.

O ensaio clínico aleatorizado de Laaksonen et al. (2007) teve o objectivo de comparar durante 12 meses de seguimento após admissão a tratamento, os efeitos dos três tratamentos farmacológicos DIS (200 mg/dia), ACA (1998 mg/dia em doentes com mais de 60 Kg e 1333 mg/dia em doentes com menos de 60 Kg) e NTX (50 mg/dia). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de tratamento no que respeita a terem completado o tratamento de 12 meses. A grande conclusão deste estudo é que qualquer um dos tratamentos farmacológicos DIS, ACA e NTX, combinados com terapia de aconselhamento, revelaram-se eficazes na redução do consumo de álcool e aumento da qualidade de vida. No entanto, O DIS supervisionado mostrou-se superior aos outros fármacos. Todos os doentes tiveram de fornecer ao clínico o nome da pessoa co-responsável pela supervisão da toma das medicações, sendo estas atribuídas continuamente

durante os 3 meses após admissão, e nos meses seguintes até aos 12 meses só em situação de *craving*. Mais concretamente, existiram diferenças estatisticamente significativas entre o DIS versus os grupos a fazerem ACA e NTX, com resultados favoráveis ao DIS no que diz respeito ao tempo até ao primeiro consumo pesado, tempo até à primeira bebida, e dias de abstinência por semana. Apesar dos grupos ACA e NTX serem muito semelhantes, os resultados estatísticos descritivos favoreceram ligeiramente o NTX em relação ao ACA.

Relativamente a estudos que envolvem efeito de combinação de fármacos, Verheul et al. (2005) referem que alguma evidência sugere que a combinação do ACA com NTX ou com DIS leva substancialmente a melhores resultados.

O ensaio clínico aleatorizado de Besson et al. (1998) segue muito a linha comparativa de ACA versus PLC do estudo de Barrias et al. (1998) com seguimento durante 12 meses após admissão a tratamento, embora a aleatorização tenha sido estratificada em dois grupos distintos, um medicado simultaneamente com DIS, e outro sem esta medicação concomitante. A ideia inicial deste esquema de aleatorização foi manter os grupos de interesse comparativo primário ACA e PLC homogéneos face à toma concomitante de DIS. Após 1 mês da admissão a tratamento os resultados de abstinência já eram favoráveis ao ACA e com significado estatístico (73% abstinentes no grupo ACA versus 43% abstinentes no grupo PLC; $p < 0,05$), ao fim de 6 meses observou-se 35% de taxa de abstinência do ACA versus 16% da taxa do PLC ($p = 0,01$), sendo ao longo do seguimento anual o número de abstinentes no ACA quase sempre perto do dobro dos abstinentes do PLC. Apesar do estudo não ter sido delineado para esta questão de investigação o que é facto é que o grupo que recebeu combinadamente ACA+DIS revelou com significado estatístico maior tempo cumulativo de abstinência ao longo do ano de seguimento (em comparação com os grupos isolados de ACA, DIS, e PLC). Os autores discutem que a eficácia combinada

do ACA+DIS é por hipótese resultado de dois diferentes impactos no indivíduo, ou seja, o ACA reduz a necessidade de consumo e o DIS estimula os efeitos cognitivos de auto controlo do consumo. Deste modo, a conclusão deste estudo foi que o ACA é um tratamento farmacológico útil e seguro no tratamento do alcoolismo a longo termo, aumentando a eficácia do ACA a administração concomitante de DIS.

Kiefer et al. (2005) procederam a um ensaio clínico aleatorizado da eficácia de NTX+ACA, NTX (50 mg/dia), ACA (1998 mg/dia) versus PLC, em doentes com SDA após desintoxicação em internamento. O tempo de tratamento e seguimento dos doentes foi de 3 meses. Os resultados deste estudo foram consistentes com os resultados de um posterior estudo observacional (Feeney et al., 2006) com melhores resultados para o grupo NTX+ACA seguido por ordem decrescente do grupo NTX, ACA e PLC. Mais concretamente, os tempos médios até à primeira bebida (lapso) foram 55, 45, 35 e 23 dias ($p<0,01$) respectivamente para NTX+ACA, NTX, ACA e PLC, e os tempos médios até à recaída em consumo pesado (verdadeira recaída) foram 59, 50, 44 e 36 dias ($p<0,01$) respectivamente para NTX+ACA, NTX, ACA e PLC.

O estudo coorte clínico de Feeney et al. (2006) com seguimento de 3 meses após admissão a tratamento de doentes com SDA, comparou a efectividade do tratamento combinado NTX+ACA com ACA isoladamente, e NTX isoladamente. Todos os grupos receberam terapia de aconselhamento. Um quarto grupo sem medicação foi incluído no estudo. Apesar do estudo ser coorte, existiu um emparelhamento dos quatro grupos de tratamento em comparação relativamente a sexo, idade, presença de desintoxicação prévia supervisionada por médicos e gravidade da dependência de álcool. As doses de ACA e NTX acompanharam a prática de investigação de outros estudos, ou seja, ACA 1998 mg/dia e 1332 mg/dia e NTX 50 mg/dia. Os três grupos de tratamento tiveram resultados algo semelhantes, tendencialmente sem diferenças estatisticamente significativas entre eles, e resultados superiores

ao grupo sem tratamento com diferenças estatisticamente significativas, o que de facto dá evidência da importância da medicação para o resultado do tratamento de doentes com SDA. Para além disto, os resultados do tratamento combinado NTX+ACA foram tendencialmente mais favoráveis, e com diferenças estatisticamente significativas face ao grupo sem tratamento, no que diz respeito a completar o tratamento, número médio de consultas realizadas, a taxa de abstinência, duração cumulativa de abstinência e o tempo até à primeira recaída. Também existiu alguma tendência para alguns resultados menos favoráveis para o ACA em comparação com os resultados do NTX, uma vez que existiram diferenças estatisticamente significativas entre as taxas de completar o tratamento do grupo NTX+ACA versus o grupo ACA, e entre as curvas de sobrevivência à recaída do grupo NTX+ACA versus o grupo ACA, não se revelando nunca diferenças estatisticamente significativas entre os grupos NTX+ACA versus NTX. Mais ainda, e em termos descritivos os resultados estatísticos relativos a completar o tratamento, número médio de consultas, taxa de abstinência, duração cumulativa de abstinência e o tempo até à primeira recaída foram consistentemente mais favoráveis ao grupo NTX+ACA, seguido do grupo NTX, seguido do ACA e por último o grupo sem tratamento.

Os resultados do ensaio clínico aleatorizado de Kiefer et al. (2005) com PLC, ACA, NTX e NTX+ACA deram ainda alguma evidência de subgrupos de doentes em que o NTX pode ser mais eficaz, nomeadamente, doentes dependentes de álcool com mais depressão têm melhor respostas com o fármaco NTX em comparação com os doentes com menos depressão. Por outro lado, os resultados revelaram alguma tendência ($p < 0,10$) para os doentes tratados com ACA terem melhor resposta nos doentes menos ansiosos. Apesar destes resultados poderem sugerir que certos fármacos são mais eficazes em subgrupos específicos de doentes, em relação ao *craving* medido na admissão ao tratamento após desintoxicação, não existiu evidência do *craving* modificar o efeito dos fármacos (ACA, NTX, NTX+ACA). Ou seja, quer o nível de *craving* na admissão seja mais elevado ou mais

baixo, não existiu evidência de qualquer um dos fármacos ser mais efectivo dentro destes subgrupos de *craving*.

Apesar das naturais dificuldades comparativas entre os resultados dos diferentes estudos que envolvem tratamentos com fármacos, vamos sintetizar no Quadro 5 alguns dos resultados de taxas de recaída (TR), de modo a termos uma ideia geral da probabilidade de recaída dos doentes em tratamento farmacológico, assim como, alguma magnitude do efeito comparativo entre os fármacos. Só foram incluídos no resumo seguinte os estudos com resultados de taxas de recaída, seja esta dada pelo consumo de qualquer quantidade de álcool (rqq), quer seja dada pela recaída em consumo pesado (rcp). Note-se também que os estudos podem considerar o cenário mais pessimista em que perdas de seguimento são assumidas como recaídas:

Quadro 5-Taxas de recaída (TR) observadas em estudos de diferentes tratamentos farmacológicos

<i>ESTUDO</i>	<i>DELINEAMENTO</i>	<i>TR 3 MESES</i>	<i>TR 6 MESES</i>	<i>TR 12 MESES</i>
Feeney et al. (2006) n=236	Observacional coorte emparelhado, com NTX+ACA, NTX, ACA, SF	rqq NTX+ACA=32% NTX=34% ACA=49% SF=59%		
DeSousa e DeSousa (2004) n=100	Ensaio clínico aleatorizado, com DIS, NTX			rcp DIS=14% NTX=56%
Niederhofer e Steffen (2003) n=26	Ensaio clínico aleatorizado, com DIS, PLC	rqq DIS=46% PLC=85%		
Guardia et al. (2002) n=202	Ensaio clínico aleatorizado, com NTX, PLC	rcp NTX=7,9% PLC=18,8%		
Rubio et al. (2001) n=157	Ensaio clínico aleatorizado, com NTX, ACA		rcp NTX=46% ACA=73%	rcp NTX=59% ACA=83%
Chick et al. (2000) n=581	Ensaio clínico aleatorizado, com ACA, PLC		rqq ACA=88% PLC=89%	
Barrias et al. (1998) n=302	Ensaio clínico aleatorizado, com ACA, PLC	rqq ACA=35% PLC=53%	rqq ACA=55% PLC=63%	rqq ACA=61% PLC=74%
Besson et al. (1998) n=110	Ensaio clínico aleatorizado, com ACA, PLC	rqq ACA=51% PLC=71%	rqq ACA=65% PLC=85%	rqq ACA=78% PLC=87%

TR – Taxa de recaída; SF – grupo sem tratamento farmacológico; rqq – recaída com qualquer quantidade de álcool; rcp – recaída em consumo pesado de álcool

Apesar da natural dificuldade comparativa entre os diferentes estudos, esta sistematização dos resultados de recaída obtidos nos diferentes estudos permitem-nos observar três aspectos importantes:

- i) O primeiro aspecto consistente a todos os estudos, é que os doentes dependentes de álcool que recebem tratamento farmacológico activo recaem menos que os doentes que não

recebem qualquer tratamento farmacológico activo, o que vai ao encontro da efectividade esperada do tratamento farmacológico activo.

- ii) O segundo aspecto importante que se observa é que mesmo com tratamento farmacológico activo a taxa de recaída pode ser elevada, com valores que podem atingir os 83% ao fim de 1 ano de tratamento (Rubio et al., 2001), e 88% ao fim de 6 meses (Chick et al., 2000), o que vai ao encontro da efectividade farmacológica poder ser de magnitude algo moderada.
- iii) Um último aspecto é que a variabilidade de taxas de recaída é muito grande, por exemplo, a variar nesta sistematização entre 7,9% (Guardia et al., 2002) e 89% (Chick et al., 2000), o que dificulta muito a comparabilidade e a consistência entre os resultados dos estudos. Apesar de todos os estudos envolverem doentes com diagnóstico clínico de dependência de álcool, esta variabilidade de resultados pode por hipótese ser explicada pela elevada heterogeneidade cultural e biológica das populações envolvidas nos estudos.

Para além destes aspectos evidenciados nesta sistematização, os resultados de recaída também podem sugerir que fármacos combinados em associação podem dar melhores resultados que os fármacos isolados, e que o NTX possa em certas condições ser mais efectivo que o ACA.

1.7.4.2 – Motivação do doente, adesão a consultas e fases das consultas

Os doentes tendem a ser considerados motivados se aceitam o ponto de vista do terapeuta acerca do problema de saúde e se aderem ao programa de tratamento (Miller, 1985). A motivação dos doentes para o tratamento é influenciada pela auto percepção dos efeitos adversos do consumo de álcool, factores sociais e características dos terapeutas (Waisberg, 1990).

Na revisão sistemática da literatura de McKay e Weiss (2001) sobre factores de prognóstico do resultado ao tratamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias, foi encontrado que a motivação e o aprender a lidar com o problema de álcool (*coping*) foram factores de prognóstico estatisticamente significativos do resultado ao tratamento em mais de 70% dos estudos. Nestes estudos com associação estatisticamente significativa com o resultado, uma positiva motivação e superior nível de *coping* estavam associados a melhores resultados.

No estudo de Staines et al. (2003) sobre factores de prognóstico do consumo de álcool aos 3 e 12 meses de seguimento após admissão a tratamento em internamento ou ambulatório, a motivação dos doentes na admissão foi medida através de um questionário de motivação ao tratamento (Ryan et al., 1995), que inclui variáveis que representam a necessidade de ajuda e o consequente compromisso com o tratamento. Neste estudo foi encontrado que maior motivação para o tratamento estava estatisticamente associado com menos frequência de consumo aos 3 e 12 meses de seguimento. Deste modo, os autores concluem que uma superior motivação para o tratamento era um dos factores de prognóstico fundamentais de um bom resultado tanto aos 3 como aos 12 meses de seguimento após admissão a tratamento.

Um dos aspectos que podem fazer aumentar a motivação para o tratamento é o próprio nível de gravidade da doença, no sentido em que maior gravidade pode estar associado a mais motivação. Daí ser frequente encontrar estudos em que os doentes com melhores resultados ao tratamento são aqueles com pior gravidade da dependência. Staines et al. (2003) concluem que a gravidade de problemas clínicos dos doentes estava estatisticamente associada a melhores resultados aos 3 meses de seguimento após admissão a tratamento em internamento ou ambulatório, e deste modo, reconhecer a gravidade do problema clínico, aderir à medicação prescrita e dar importância a receber tratamento reflectem como um todo a racionalização

em aceder à resolução do problema de saúde. As pessoas com problemas de consumo de álcool são mais verosímeis de procurar tratamento se tiverem a percepção de que áreas importantes da sua vida estão a ser afectadas, tais como a relação de casamento, trabalho, amizades e saúde (Hingson et al., 1982). No estudo transversal de Schuckit et al. (1997) encontrou-se que no curso da doença, os doentes alcoólicos com maior gravidade de dependência estavam estatisticamente associados a mais períodos longos de abstinência (pelo menos 3 meses de abstinência contínuos), o que nos dá uma importante indicação acerca da relação entre a gravidade da dependência e a motivação para a abstinência.

Alguma literatura dá ênfase à participação em grupos de auto ajuda estar associada a doentes com maior gravidade de problemas de consumo. Segundo Humphreys et al. (1991) os doentes de consumo de substâncias na admissão a tratamento com pior nível de problemas psiquiátricos, com pior nível de problemas de consumo e problemas familiares revelaram taxas mais elevadas de participação em grupos de auto ajuda após tratamento. Segundo McKay et al. (1998), envolvendo dependentes de álcool e cocaína, conclui-se que mais anos de consumo de cocaína e mais problemas legais estão estatisticamente associados a maior participação em grupos de auto ajuda aos 3 meses de seguimento após tratamento ambulatorio intensivo. Estes são alguns exemplos de como uma maior gravidade de problemas pode estar associada a maior necessidade de procurar ajuda, nomeadamente em grupos de auto ajuda, o que sugere um maior compromisso com o tratamento e a continuidade da recuperação.

Assumindo assim que o compromisso e adesão ao tratamento representam uma componente essencial da motivação dos doentes para se tratarem, torna-se importante medir o número de consultas realizado por cada doente. Note-se que esta variável não traduz directamente aspectos motivacionais medidos na admissão ao tratamento, mas sim aspectos motivacionais revelados durante o tratamento. Esta variável constitui deste modo um

importante indicador da motivação ao longo do tratamento, que nos interessa estudar como eventual factor de prognóstico do resultado do tratamento.

McLellan et al. (1994) discute a possibilidade de as consultas e a participação em sessões de 12 passos estarem estatisticamente associados ao resultado ao tratamento aos 6 meses, devido a estes aspectos representarem essencialmente a motivação dos doentes durante o tratamento. Deste modo, uma maior motivação representada por uma maior adesão a aspectos do tratamento, estaria associada a melhor resultado ao tratamento.

Uma das consequências esperadas da maior adesão à consulta é o doente vir a completar o tratamento. Deste modo, Bottlender e Soyka (2004) encontraram que os doentes que completaram um programa ambulatorio de tratamento intensivo durante 1 ano tenderam a ter resultados mais favoráveis, nomeadamente, 12 meses após tratamento ambulatorio 72% dos que completaram o tratamento mantiveram-se continuamente abstinentes. No estudo de Kiritzé Topor et al. (2004) a adesão ao tratamento foi um dos mais importantes factores de prognóstico do resultado ao fim de 1 ano de tratamento, mesmo após ajustamento a outras co-variáveis introduzidas num modelo de regressão múltiplo. No estudo de Feeney et al. (2006) em que se comparam 4 coortes de tratamento de doentes com SDA, observa-se ao fim de 3 meses de tratamento uma estreita correlação entre as taxas de completar o tratamento das 4 coortes com as respectivas taxas de abstinência. Mais concretamente, as coortes de tratamento tiveram as taxas de completar o tratamento de 59%, 66%, 80% e 83% respectivamente para as taxas de abstinência de 41%, 51%, 66% e 68%. O estudo de Nielsen et al. (2007) comparativo de dois grupos de tratamento revelou que o grupo com mais baixa taxa de recaída aos 6 meses após internamento de 3 meses (31% de recaída versus 33%) foi o grupo que mais completou o tratamento de internamento nos 3 meses iniciais (81% de taxa de retenção no tratamento versus 67%).

Mann et al. (2005) encontraram que, ter feito mais de 75% das consultas propostas durante 1 ano de tratamento ambulatorio era um factor de prognóstico estatisticamente associado a mais abstinência, aos 5 anos de seguimento após internamento de 4 semanas.

No estudo de Terra et al. (2008) de factores de prognóstico da recaída aos 6 meses de tratamento ambulatorio (após alta a internamento) foi sugerido que maior adesão a consultas de psicoterapia estava estatisticamente associado a mais protecção da recaída. No entanto, este factor após ajustamento para outras variáveis num modelo de regressão múltiplo ficou no limiar de ter significado estatístico (OR=0,52; P=0,06).

No estudo de Blondell et al. (2006) sobre a recaída no mês após desintoxicação em internamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias, foi encontrado com significado estatístico que os doentes que se mantiveram abstinentes foram aqueles que tiveram mais tempo internados (4 ou mais dias), iniciaram tratamento após desintoxicação, e começaram a participar em sessões de auto ajuda. Deste modo, estes aspectos de adesão terapêutica podem de facto sugerir uma maior motivação para tratamento e consequente controlo da recaída.

Na revisão sistemática da literatura de McKay e Weiss (2001) em 94% dos estudos foi encontrado que variáveis de adesão ao tratamento como o tempo em tratamento e o completar o tratamento são factores de prognóstico estatisticamente significativos do resultado. Os autores comentam ainda que, independentemente do modo como é medido a adesão ao tratamento, uma maior adesão está sempre estatisticamente associada a melhor resultado.

No estudo de McCrady e Epstein (2004) envolvendo doentes com SDA/SAA seguidos durante 18 meses após tratamento ambulatorio (de 15 sessões de psicoterapia) foi encontrado que o facto de uma maior realização de

consultas estar estatisticamente associado a um melhor resultado de abstinência, pode ser explicado por um terceiro factor comum a estas duas variáveis que é a possível maior motivação dos doentes para a mudança.

Uma ideia que pode transparecer destes resultados é que uma maior motivação pode conduzir a maior adesão terapêutica, que por sua vez pensamos que poderá influenciar a própria motivação dos doentes para recuperação. Deste modo, pensamos que o controlo da recaída pode se dever a uma acção conjunta tanto do tratamento em si como da motivação dos doentes para a recuperação do problema de álcool. Consequentemente, podemos colocar a sugestão de que o efeito do tratamento acaba por estar sempre misturado com algum efeito da motivação dos próprios doentes. Blondell et al. (2006) a propósito da adesão terapêutica e da motivação acabam mesmo por comentar *It is not clear from this study whether those who remain abstinent are more likely to do these things, or whether they remain abstinent because they do these things.*

As consultas dos doentes com SDA envolvidos no nosso estudo utilizaram um método combinado de aconselhamento individual e familiar, realizado por etapas com uma sequência de estratégias terapêuticas começando com a abstinência, melhoria das relações familiares seguido dos aspectos profissionais (como por exemplo o tentar encontrar trabalho). Para além deste método de consulta, os doentes também tiveram a possibilidade de receber um outro método mais usual, centrado no doente e em que a participação familiar nas consultas é meramente opcional. Uma descrição mais detalhada destes métodos pode ser encontrada em Neto et al. (2008).

Um aspecto importante para o nosso estudo de factores de prognóstico e que distingue o método de consulta, é o número diferente de fases utilizadas em cada consulta.

No método de consulta de doentes com SDA denominado por “Tratamento Combinado e por Etapas (TCE)” podem utilizar-se até quatro fases diferentes por consulta, nomeadamente combinando a presença e ausência de um co-responsável do doente em fases de uma mesma consulta. A metodologia de aconselhamento baseada em 4 possíveis fases numa consulta foi inicialmente desenvolvida em doentes dependentes de heroína (David et al., 1998; Neto et al., 1997; David; Neto, 1997), revelando a sua efectividade com taxas de abstinência de 61% e 57% respectivamente ao fim de 6 meses e um ano após admissão ao tratamento (Neto et al., 1997). Na sequência dos bons resultados obtidos com dependentes de heroína começou a aplicar-se este método de consulta em doentes com SDA revelando uma taxa de abstinência aos 6 meses após admissão ao tratamento de 78% (Neto et al., 2008).

No método de consulta de doentes com SDA denominado por “Tratamento Usual (TU)” e correspondendo à prática habitual de tratamento em Portugal, podem utilizar-se até duas fases diferentes por consulta, nomeadamente combinando a presença de um co-responsável do doente numa segunda fase da consulta. Este método demonstrou resultados algo inferiores aos do Tratamento Combinado e por Etapas, com uma taxa de abstinência de 59% aos 6 meses após admissão ao tratamento (Neto et al., 2008).

Consequentemente, um dos aspectos da consulta que tem todo o interesse investigar é até que ponto as fases das consultas realizadas pelos doentes podem prever o resultado do tratamento. Deste modo, vamos incluir no nosso estudo o número médio de fases por consulta ao longo do tratamento, o que nos vai permitir investigar a sua associação com o resultado ao tratamento.

1.7.4.3 – Comorbilidade psiquiátrica durante o tratamento do SDA

Um dos aspectos que pode estar associado com o resultado do tratamento é a Comorbilidade com outras patologias dos doentes, nomeadamente

depressão e ansiedade. O PNS refere que há comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, esquizofrenia e perturbações de personalidade, entre múltiplos outros (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Existe uma relação linear entre o consumo de álcool e a depressão e ansiedade, com aumento da prevalência destas com um maior consumo de álcool (Anderson, 2008). Ainda segundo este mesmo autor, os indivíduos dependentes de álcool demonstram um risco acrescido em duas a três vezes de desenvolverem problemas de depressão. Schukit (1983) aponta que entre 1/3 a 1/2 dos doentes alcoólicos têm problemas de depressão em alguma altura durante o curso da doença. Mello et al. (2001) refere a elevada prevalência de depressão em pessoas com PLA. Segundo Waisberg (1990) os clínicos e investigadores observaram uma forte associação entre o alcoolismo e a depressão. Ainda segundo o mesmo autor e em termos conclusivos do seu estudo de revisão da literatura, uma maior comorbilidade psiquiátrica dos doentes está geralmente associado em termos estatísticos a um pior resultado ao tratamento.

A importância clínica de aceder ao nível de depressão dos doentes dependentes de álcool assenta na possibilidade que os doentes SDA com depressão têm pior resultado ao nível de completarem o tratamento, um pior prognóstico e um maior risco de suicídio (Glenn; Parsons, 1991). Curran et al. (2000) na sua revisão da literatura encontraram taxas de comorbilidade depressiva entre 50% a 70% dos doentes em tratamento para álcool e/ou outras substâncias. Ao nível de manifestações de ansiedade parece que as perturbações de pânico e sócio fobia são as mais comuns aos doentes dependentes de álcool (Kushner et al., 2005).

Segundo Waisberg (1990) enquanto que alguns estudos indicam que os transtornos psicopatológicos associados eram factores de prognóstico da

resposta ao tratamento, outros estudos não encontraram qualquer relação com o resultado do tratamento.

Na revisão sistemática de McKay e Weiss (2001), a gravidade psiquiátrica estava estatisticamente associada ao resultado ao tratamento em mais de 70% dos estudos revistos, o que de facto dá ênfase à importância das patologias psiquiátricas no resultado ao tratamento. Dos estudos em que a gravidade psiquiátrica se revelou estatisticamente associado ao resultado, em 65% destes estudos uma maior gravidade estava estatisticamente associada a pior resultado, enquanto que, em 20% destes estudos uma maior gravidade estava estatisticamente associada a melhor resultado. Destes estudos com maior gravidade psiquiátrica associada a melhor resultado, observou-se que a depressão estava estatisticamente associada a um melhor resultado.

No estudo de Kushner et al. (2005) com seguimento de 4 meses após admissão a internamento de cerca de 21 dias para a dependência de álcool, foi encontrado que cerca de 55% dos doentes tinham comorbilidade de ansiedade na admissão ao tratamento (medido aproximadamente 1 semana após admissão ao internamento). Também foi encontrado diagnóstico de depressão em 60% dos doentes admitidos ao internamento e que a depressão na admissão estava estatisticamente associada à ansiedade. Mais concretamente a comparação das taxas de depressão entre os doentes com e sem comorbilidade ansiosa foi 76% versus 42% ($p < 0,05$), o que com um $OR = 4,4$ revela uma elevada magnitude de associação entre a ansiedade e a depressão, no sentido de mais ansiedade estar estatisticamente associado a mais depressão. Estes dados mostram-nos a importância da prevalência de comorbilidade depressiva e ansiosa no doente dependente de álcool. Tanto a dependência de álcool como as comorbilidades depressiva e ansiosa, medidas 1 semana após admissão ao internamento, tiveram diagnóstico de acordo com o DSM-IV (First et al., 1998; APA, 1994). A perturbação de pânico foi a perturbação de ansiedade mais frequente nos doentes deste estudo, ou seja, em cerca de 66% dos ansiosos. No final do período de estudo de 4 meses

após admissão, observou-se que os doentes dependentes de álcool com comorbilidade ansiosa na admissão recaíram mais que os doentes sem esta comorbilidade, mais concretamente, 52% de recaída versus 21% (RR=2,5; $p<0,05$), o que revela que por cada doente sem comorbilidade ansiosa que recaí, existem mais de 2 doentes com comorbilidade ansiosa que recaem, ou seja, uma substancial magnitude do efeito da comorbilidade ansiosa medida na admissão ao tratamento.

No estudo de McLellan et al. (1994) que investiga factores de prognóstico do resultado aos 6 meses de tratamento de doentes dependentes de álcool, cocaína e opióides (isolada ou concomitantemente), foi demonstrado que a recaída em álcool e/ou outras substâncias era explicada, entre outros aspectos, pelo nível de problemas psiquiátricos medidos pelo questionário ASI (McLellan et al., 1992). Um maior nível de problemas psiquiátricos estava estatisticamente associado a pior resultado.

Kushner et al. (2005) comentam a importância das variações da depressão e da ansiedade ao longo do tratamento, de tal modo que, por um lado afirmam existir substancial documentação que aponta a redução da depressão e ansiedade nas semanas a seguir à desintoxicação, mas por outro lado, a recaída nos meses seguintes tende a estar associada a experiências provocadoras de stress e a exacerbações da depressão e ansiedade.

No estudo de Blondell et al. (2006) envolvendo doentes de álcool e/ou outras substâncias foi encontrado com significado estatístico que os doentes que receberam tratamento prévio no âmbito da sua saúde mental foram os que mais recaíram no mês de seguimento após desintoxicação.

Note-se que a depressão com importância para o prognóstico do tratamento de dependentes de álcool não necessita necessariamente de ter sido diagnosticada anteriormente à SDA do doente. Um comentário de Rounsaville et al. (1987) neste sentido sobre a importância da depressão desenvolvida

após SDA no resultado ao tratamento é a seguinte: *a 40-year-old alcoholic man whose alcoholism began at 25 years of age and whose depression began at 39 years of age may have his post treatment course affected by the coexisting depression, even if it was secondary to the alcoholism*. Mais ainda, Rounsaville et al. (1987) referem que as taxas de diagnóstico de depressão anterior ao alcoolismo são extremamente baixas entre alcoólicos do sexo masculino, podendo variar entre 2% e 6%, o que torna os números muito baixos para a análise estatística da relação entre a depressão e o prognóstico dos doentes com SDA em tratamento.

Ainda em relação a esta discussão das comorbidades de depressão e ansiedade com a dependência de álcool, Kushner et al. (2005) referem que uma visão comum a muitos investigadores é que a ansiedade diagnosticada temporalmente antes da dependência de álcool pode ser considerada como “independente” do uso de álcool, enquanto que, a ansiedade diagnosticada temporalmente após a dependência de álcool já poderia ser considerada como “dependente” do uso de álcool. Apesar desta visão, algo rígida, apontar que a maioria da comorbidade ansiosa seria “dependente”, Kushner et al. (2005) referem ainda que existem estudos epidemiológicos de grande dimensão amostral, com outros critérios de definição de comorbidade “independente” e “dependente”, não influenciada integralmente pela ordem do momento de diagnóstico, e que em consequência de uma definição menos restritiva, apontam que a maioria da ansiedade, encontrada na população americana em tratamento para o problema de álcool, é ansiedade “independente” do problema de álcool. Deste modo, Kushner et al. (2005) acabam por concluir que: *a comorbid anxiety disorder that persists over a significant period of alcohol abstinence, regardless of the order of comorbid disorder onset, could be considered as comparable to cases which an anxiety disorder onset preceded that of a comorbid alcohol disorder.*”

De acordo com estes dados de discussão das comorbidades depressiva e ansiosa, pode-se levantar a hipótese destes tipos de comorbidade poderem

funcionar em muitos doentes dependentes de álcool como doença à parte da dependência de álcool (hipótese da “independência” da comorbilidade), quer tenha sido diagnosticada antes ou depois da dependência de álcool, podendo requer para tal, tratamento específico para estas comorbilidades. Neste sentido, Kushner et al. (2005) referem que a observação prospectiva da comorbilidade ansiosa após a desintoxicação e tratamento para o álcool oferece um teste directo da ansiedade ser dependente ou não do uso de álcool, por exemplo, determinando se a ansiedade persiste na abstinência de uso de álcool. De facto, no estudo de Kushner et al. (2005) observou-se que após 4 meses de admissão a internamento (de 21 dias) a comorbilidade depressiva reduz de 60% na admissão ao internamento (após desintoxicação) para 15% aos 4 meses de seguimento após admissão. Também, o consumo de antidepressivos e ansiolíticos baixou de 60% para 49%. Estes resultados mostram-nos que no final do período de seguimento, apesar de ter existido redução da depressão diagnosticada e depressão/ansiedade revelada pela toma de fármacos, ainda houve uma parte importante de 15% de doentes que manifestaram depressão e perto de 50% que continuaram a fazer antidepressivos/ansiolíticos aos 4 meses de seguimento. Para os doentes com comorbilidade ansiosa na admissão, 48% continuaram a manifestar comorbilidade ansiosa no final dos 4 meses de seguimento. Todas estas evidências vão no sentido da hipótese de “independência” da comorbilidade, em que numa parte importante dos doentes alcoólicos, as comorbilidades de depressão e ansiedade podem perfeitamente persistir para além do tratamento e abstinência do uso de álcool.

Curran et al. (2000) sugerem que para se medir e tratar a comorbilidade depressiva do doente com SDA deve existir um intervalo de 3 a 4 semanas após o início da abstinência, de modo a não haver uma sobreposição de sintomas de depressão com fases de intoxicação ou de recente cessação de consumo. Ainda de acordo com Curran et al. (2000) se a depressão persistir para além destas 3-4 semanas, então pode considerar-se uma depressão

independente, e estes doentes terão mais probabilidade de recair, especialmente no caso de não receberem tratamento para a depressão.

Curran et al. (2000) comentam que a inconsistência de resultados relacionados com a depressão está na dificuldade de aceder aos verdadeiros níveis de depressão nos doentes recentemente abstinentes, apontando numerosos estudos em que os sintomas de depressão podem ser causados pura e simplesmente pela intoxicação e pela cessação do consumo, para além da depressão poder ser explicada por sequelas decorrentes do uso da substância. Deste modo, Curran et al. (2000) sugerem que a depressão medida numa fase recente de abstinência ou relativa a uma fase activa de consumo não é facilmente distinguida entre ser independente ou induzida pela substância, criando esta situação dificuldades no diagnóstico e no relacionamento da depressão com os resultados do tratamento.

No estudo de Willinger et al. (2002) o nível de ansiedade medido pelo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Laux et al., 1981) no momento após desintoxicação (entre 10 a 30 dias de abstinência), revelou-se estatisticamente associado à recaída ao fim de 1 ano de tratamento, tanto para homens como para mulheres com SDA. Neste estudo mais ansiedade estava estatisticamente associado a mais recaída. Ainda de acordo com Willinger et al. (2002) a ansiedade costuma desaparecer rapidamente após a desintoxicação não sendo necessário nestes casos tratamento específico. No entanto, uma ansiedade temporalmente mais persistente pode levar a um maior risco de recaída, que foi o achado do seu estudo. Os autores referem ainda três explicações plausíveis entre a associação entre alcoolismo e ansiedade, ou seja, a ansiedade promove o alcoolismo, ou o alcoolismo promove a ansiedade, ou ainda, o alcoolismo e a ansiedade são promovidas por um terceiro determinante envolvendo por um lado factores ambientais e familiares, e por outro, factores genéticos e biológicos. Deste modo, a grande conclusão do estudo de Willinger et al. (2002) é que se a ansiedade aumenta o risco de uso patológico de álcool, então, a ansiedade ao estar activa no

período de tratamento pode aumentar o risco de recaída. Pelo contrário, se o uso patológico de álcool aumenta o risco de ansiedade, então, o tratamento bem sucedido do alcoolismo pode reduzir ou mesmo eliminar a ansiedade.

No estudo de Curran et al. (2000) em que se investigou a relação da recaída com a comorbilidade depressiva dada pelo Inventário Depressivo de Beck - *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck et al., 1961), medido na admissão a internamento de 21 dias e aos 3, 6, 9 e 12 meses de seguimento após alta ao internamento, foi encontrado que 58% dos doentes dependentes de álcool tinham já tido ao longo da vida um diagnóstico de depressão. Um aspecto muito importante encontrado neste estudo é que os valores da depressão medidos na admissão ao internamento não estavam estatisticamente associados à recaída (entre os 3 e os 12 meses de seguimento após alta ao internamento), à excepção dos doentes com níveis mais graves de depressão na admissão que tinham menos risco de recaída aos 3 meses de seguimento após alta, tendo este resultado significado estatístico ($OR=0,40$; $p<0,05$). Ou seja, este resultado pode sugerir que uma depressão mais grave na admissão ao internamento até pode funcionar como um factor protector da recaída. No entanto, este mesmo estudo de Curran et al. (2000) também prova que o nível de depressão medido aos 3 meses após alta ao internamento é um importante factor de prognóstico da recaída. Mais concretamente, os doentes com níveis moderados de depressão aos 3 meses apresentaram mais risco de recaída aos 3, 6 e 9 meses após alta, respectivamente $OR=4$ ($p<0,05$), $OR=3$ ($p<0,05$) e $OR=3$ ($p<0,05$) em comparação com os doentes sem depressão e após ajustamento para outras co-variáveis em modelação de regressão logística múltipla. Para além disto, os doentes com níveis mais graves de depressão aos 3 meses apresentaram ainda mais risco de recaída aos 3, 6, 9 e 12 meses após alta, respectivamente $OR=4$ ($p<0,05$), $OR=7$ ($p<0,05$), $OR=5$ ($p<0,05$) e $OR=4$ ($p<0,05$), também em comparação com os doentes sem depressão e após ajustamento para outras co-variáveis em modelação de regressão logística múltipla. Deste modo, estes importantes resultados de Curran et al. (2000)

apontam na direcção de que a depressão medida ao fim de um certo tempo de abstinência (neste caso 3 meses após internamento) é um factor de pior prognóstico, sendo que quanto maior a gravidade da depressão maior poderá ser a probabilidade do doente recair.

No estudo coorte de Greenfield et al. (1998), com seguimento de 1 ano após a alta ao internamento de doentes SDA, revelou-se que a depressão medida pelo BDI (Beck et al., 1961) na admissão não estava estatisticamente associada a mais tempo até à primeira bebida nem à recaída num consumo pesado de álcool. No entanto, neste mesmo estudo, um diagnóstico clínico de depressão efectuado de acordo com critérios de diagnóstico da 3ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) na admissão ao tratamento (reportando os 6 meses prévios à admissão), estava de facto estatisticamente associado a menos tempo até à primeira bebida e a mais recaídas num padrão de consumo pesado. Os riscos relativos RR (Hazard Ratio) do diagnóstico de depressão na admissão ao tratamento ajustado para emprego, situação marital e educação foram $RR=2,07$ ($p=0,002$) e $RR=2,26$ ($p<0,001$) respectivamente para o tempo até à primeira bebida e tempo até ao primeiro consumo pesado. Estes resultados sugerem que quem entra em tratamento para a dependência de álcool com maior evidência de depressão tem mais de duas vezes o risco de recaída de quem não tem evidência de depressão. Neste estudo de Greenfield et al. (1998) não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres face aos valores de depressão do BDI (Beck et al., 1961) nem à percentagem de doentes com diagnóstico clínico de depressão na admissão ao tratamento. O sexo também não se revelou estatisticamente associado às variáveis de resultado, nem se mostrou um modificador do efeito do diagnóstico clínico de depressão, ou seja, o efeito da depressão nos resultados de consumo manteve-se constante entre homens e mulheres.

No estudo de Rounsaville et al. (1987) envolvendo uma coorte de doentes SDA/SAA em tratamento e seguidos durante 1 ano após alta ao internamento,

foi encontrado que ter um diagnóstico clínico adicional de depressão na admissão ao tratamento, segundo os critérios do DSM-III estava estatisticamente associado a um pior resultado ao tratamento para os homens, embora curiosamente e para as mulheres o resultado fosse o oposto, ou seja, as mulheres com um diagnóstico adicional de depressão estavam estatisticamente associadas a um melhor resultado ao tratamento.

No estudo de Ellis e McClure (1992) as mulheres com SDA/SAA em tratamento apresentaram pior resultado que os homens aos 6 meses e 1 ano de seguimento após admissão a tratamento em internamento, devido em grande parte à sua maior comorbilidade depressiva. Neste grupo de mulheres, encontrou-se evidência de associação de um maior nível de depressão na admissão (e na semana após desintoxicação) com um maior consumo de álcool aos 6 meses e 1 ano de seguimento após admissão. Para além desta depressão medida através do questionário *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (Hamer et al., 1991; Zigmond; Snaith, 1983), as mulheres deste estudo apresentavam mais história de depressão, ideação suicida e uso de BZD em comparação com os homens. Ainda segundo Ellis e McClure (1992), um número de estudos observaram que a comorbilidade psiquiátrica, e em particular a depressão, eram factores de prognóstico de um pior resultado no tratamento de doentes com SDA, tendo o seu estudo encontrado evidência de mais comorbilidade psiquiátrica nas mulheres (incluindo depressão) que foram o sexo com mais recaídas.

No estudo de Staines et al. (2003) também foi demonstrado que ao fim de um ano de seguimento dos doentes SDA/SAA após admissão a tratamento em internamento ou ambulatório, um menor número de problemas psicológicos na admissão ao tratamento estava estatisticamente associado a um melhor resultado. O indicador de problemas psicológicos neste estudo foi constituído pela componente psiquiátrica do questionário ASI (McLellan et al., 1981), pela depressão BDI (Beck et al., 1961) e pela depressão *Hamilton*

Depression Inventory (HDI) (Steer et al., 1983; Hamilton, 1967; Hamilton, 1960).

Também, Ilgen et al. (2007) encontraram que os doentes com perturbações de consumo de álcool e/ou outras substâncias com mais sintomatologia psiquiátrica na admissão ao tratamento, encontravam-se ao fim de 1 ano de seguimento após internamento, estatisticamente associados a um pior resultado de auto eficácia ou nível de confiança em se manterem abstinentes de consumos. Para medir a sintomatologia psiquiátrica, estes autores utilizaram no seu estudo o questionário *Brief Symptom Inventory* (Derogatis; Melisaratos, 1983).

No estudo de Bottlender e Soyka (2005 a) verificou-se que aos 6 meses de seguimento após tratamento ambulatorio de 1 ano de doentes com SDA, um pior resultado estava estatisticamente associado a um pior nível de ansiedade e depressão na admissão (estando os doentes na admissão já abstinentes há pelo menos 30 dias para não existir influência de sintomas de cessação nas avaliações iniciais). Estes autores utilizaram o questionário de ansiedade STAI (Laux et al., 1981) e o questionário de depressão BDI (Beck et al., 1974). De acordo com os autores, os resultados não indicaram depressão e ansiedade clinicamente relevante mas indicaram sintomas subclínicos que influenciaram o tratamento e o prognóstico.

No estudo de Bottlender e Soyka (2005 b) que investiga factores de prognóstico aos 3 anos de seguimento após tratamento em ambulatorio de 1 ano, foi encontrado que aos 6 meses de seguimento os valores de ansiedade e depressão na admissão (com pelo menos 30 dias de abstinência anterior) foram estatisticamente mais elevados nos doentes recaídos, embora já não se observe o mesmo, com significado estatístico aos 3 anos. Deste modo, os autores concluem que a ansiedade e a depressão medidas na admissão são factores de prognóstico adequados do curso e resultado do tratamento a curto prazo, mas não a longo termo como 3 anos.

Segundo McLellan et al. (1994) no seu estudo com seguimento de 6 meses após admissão para tratamento em internamento de doentes com dependência de álcool e/ou outras substâncias, foi encontrada uma associação clara entre a comorbilidade psiquiátrica na admissão e um pior resultado terapêutico ao fim dos 6 meses de seguimento após admissão. Neste estudo, os doentes com pouca comorbilidade psiquiátrica melhoraram em qualquer programa de tratamento enquanto que os doentes com elevado nível desses problemas não mostraram qualquer melhoria em qualquer tratamento. Esta quantificação foi determinada pela componente psiquiátrica do questionário ASI (McLellan et al., 1980 a,b), avaliando-se a experiência do doente face a períodos de depressão, ansiedade, confusão, paranóia, dificuldade de concentração e dificuldade no controlo de reacções violentas, constituindo assim uma estimativa básica e global de comorbilidade psiquiátrica, sem entrar em conta com um tipo particular de psicopatologia. Este nível global de comorbilidade psiquiátrica medido no ASI mostrou-se no estudo de McLellan et al. (1980 b) relevantemente correlacionado com a depressão medida pelo HDI (Hamilton, 1967; Hamilton, 1960), e pelo BDI (Beck, 1967; Beck et al., 1961). Mais concretamente, McLellan et al. (1980 b) mostraram que o nível global de comorbilidade psiquiátrica do ASI tinha correlação $R=0,61$ e $R=0,58$ respectivamente com a depressão medida pelo BDI e pelo HDI.

No estudo de Glenn e Parsons (1991), com seguimento de 14 meses após 1 mês aproximadamente de internamento, a variável com maior poder preditivo da recaída foi o resultado do BDI (Beck, 1967), medido no momento da alta ao internamento. Deste modo, estes autores concluem que a presença de depressão é o melhor factor de prognóstico isolado da recaída.

No estudo de Rounsaville et al. (1987) envolvendo uma coorte de doentes SDA/SAA seguidos durante 1 ano após alta ao internamento, foi encontrado que os valores de depressão BDI de Beck et al. (1961) na admissão estavam

muito associados ao resultado do tratamento. Para os homens, os valores da depressão estavam associados a pior resultado, enquanto que para as mulheres estavam associados a melhor resultado.

No estudo de Terra et al. (2008) sobre factores de prognóstico da recaída aos 6 meses de tratamento ambulatorio (após alta a internamento) foi provado que ter um diagnóstico clínico de depressão (feito após 1 semana de abstinência) era um factor de prognóstico protector da recaída (OR=0,46; $p<0,05$ após ajustamento para outras variáveis num modelo de regressão logística múltiplo). Os autores discutem que o facto dos doentes com comorbilidade depressiva terem melhor resultado ao tratamento pode ser explicado pela maior adesão terapêutica destes doentes. Deste modo, pensamos que a comorbilidade depressiva pode funcionar neste estudo de Terra et al. (2008) como um factor protector da recaída, pelo suposto aspecto motivacional que é ampliado pelo maior desejo destes doentes em se tratarem.

Terra et al. (2008) chegam a comentar que os doentes adictos ao álcool e a outras substâncias, com comorbilidade depressiva, podem aderir a consultas cerca de 2,5 vezes o número de consultas dos doentes sem comorbilidade depressiva.

No estudo de Sander e Jux (2006), em que se estudaram factores de recaída num período de um ano de seguimento após um internamento de cerca de 14 semanas, foi encontrado que um pior nível de problemas psicológicos, medido na altura da alta estava estatisticamente associado a mais recaída ao fim de 1 ano após internamento (OR=2,5; $p<0,05$ após ajustamento para outras co-variáveis num modelo de regressão logística múltiplo). Este nível de problemas psicológicos foi medido pelo *General Severity Index* (GSI) incluído no *Symptom Checklist 90* (Derogatis et al., 1973), que inclui as componentes de somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação

paranóide e psicoticismo (tendo sido medido 3 semanas depois da admissão ao internamento para evitar influência da cessação, assim como, na semana antes da alta). Para além deste aspecto de um pior nível de problemas psicológicos (GSI) na alta ao internamento estar associado a mais recaídas, também foi observado por Sander e Jux (2006) que este índice geral GSI se reduz mais durante o internamento para os doentes que se mantiveram abstinentes no ano de seguimento após alta.

Para além da depressão e ansiedade, o *craving* ou apetência, representado pelo desejo urgente de voltar a consumir álcool (Flannery et al., 2001), também pode fazer parte da componente de investigação de problemas psicológicos ligados ao álcool. Segundo Anton et al. (1995) o *craving* envolve os conceitos de pensamento obsessivo e comportamento compulsivo no uso de álcool. Flannery et al. (2001) afirmam que a natureza do *craving* é complexa e mostram várias teorias do *craving* associando-o à antecipação de efeitos de euforia, remoção dos sintomas de cessação e efeito de aprendizagem devido à adaptação neuroquímica do uso crónico do álcool. Flannery et al. (2001) ilustram que se um dependente de álcool entra num bar em que costumava beber regularmente, pode haver um disparo de uma resposta neuroquímica com sintomas de ansiedade, tremores e sudção, que por sua vez, desencadeiam o desejo para beber, dada a memória do efeito do álcool no alívio destes sintomas.

No estudo de Bottlender e Soyka (2005 a) foi encontrado que um maior nível de *craving* na admissão ao tratamento (medido com os doentes desintoxicados e abstinentes no mínimo há 30 dias) estava estatisticamente associado a mais recaída ao fim de 6 meses de seguimento após tratamento ambulatorio de 1 ano. O *craving* foi medido neste estudo com o questionário *Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS) (Flannery et al., 2001; Moak et al., 1998; Anton et al., 1995). Também no estudo de Kiefer et al. (2005), o *craving* medido na admissão ao tratamento farmacológico (após desintoxicação) com o OCDS revelou-se negativamente correlacionado com o

tempo até à recaída pesada ($R=-0,37$; $p<0,001$) e tempo até à primeira bebida alcoólica ($R=-0,36$; $p<0,001$). Deste modo, estes resultados também sugerem que mais *craving* no início do tratamento estava estatisticamente associado a pior resultado ao tratamento. No estudo de Bottlender e Soyka (2004) também ficou demonstrado que mais *craving* no início do tratamento ambulatorio (medido já com os doentes abstinentes à pelo menos 30 dias) estava estatisticamente associado a mais recaída medida num período de tratamento ambulatorio de 1 ano. Estes níveis de apetência foram medidos com o questionário OCDS (Anton et al., 1995). Também no mesmo estudo de Bottlender e Soyka (2004), maiores níveis de *craving* à saída do tratamento ambulatorio (efectuado num período de 1 ano) estavam estatisticamente associados a mais recaída ao fim de 12 meses de seguimento após tratamento ambulatorio. Deste modo, Bottlender e Soyka (2004) evidenciam a importância do *craving* para a recaída, quer este se manifeste no início do tratamento, quer se manifeste no final. Bottlender e Soyka (2004) concluem ainda que o questionário OCDS é útil para identificar doentes dependentes de álcool em risco de recaída, sendo a componente de “obsessividade” do questionário o factor preditivo mais importante.

Gordon et al. (2006) definem o *craving* como uma necessidade urgente para beber experienciada pelo indivíduo, podendo ser considerado como um gatilho da recaída. Foi encontrado por estes autores que mesmo num ambiente de internamento favorável sem qualquer influência de álcool, um número importante de doentes, isto é 40% dos doentes, reportaram *craving* durante o período de internamento, mantendo-se constante os níveis de *craving* ao longo do internamento na maioria destes doentes com *craving* (em cerca de 80% dos doentes com *craving*). O estudo de Gordon et al. (2006) consistiu numa coorte de dependentes de álcool admitidos aproximadamente a um tempo médio de 1 mês de internamento e sendo medidos aos 3 meses após admissão ao internamento. A grande conclusão deste estudo é que o número de dias de *craving* na semana antes da alta estava estatisticamente associado aos dias de consumo de álcool observados

aos 3 meses de seguimento. Deste modo os autores referem que os doentes com mais *craving* na altura da alta ao internamento poderão ter mais recaídas após o internamento. Ainda um dado importante deste estudo é que os doentes com *craving* na alta também registaram maior nível de depressão no BDI (Beck et al., 1986) medido na admissão ao internamento.

Flannery et al. (2001) também discutem resultados da literatura em que os doentes com maior *craving* eram aqueles cuja dependência de álcool era mais grave e tinham maior nível de ansiedade.

No estudo de Verheul et al. (2005) também foi encontrado que mais ansiedade e depressão medidas na admissão ao tratamento pelo questionário de depressão HDI (Steer et al., 1983; Hamilton, 1967; Hamilton, 1960) estavam estatisticamente associadas a menos abstinência, assim como, uma gravidade maior de *craving* medida na admissão ao tratamento numa escala visual analógica (Guilford, 1954) estava estatisticamente associado a menos abstinência.

No estudo de Chong e Lopez (2008) sobre factores de prognóstico de recaída em álcool aos 6 e 12 meses de seguimento após internamento de 45 dias para PLA e/ou problemas de outras substâncias, realizado em mulheres de etnia americana índia, foi encontrado que mais *craving* durante o mês que precede os 6 meses e os 12 meses de seguimento, era um factor de prognóstico consistente da recaída em álcool aos 6 e 12 meses, sendo os resultados estatisticamente significativos após ajustamento por regressão logística múltipla (OR=2,1; $p<0,05$ e OR=2,1; $p=0,01$ respectivamente para os 6 e 12 meses).

Assim, podemos resumir que a literatura aponta para uma associação entre os resultados do tratamento e o nível de comorbilidade psiquiátrica, envolvendo essencialmente aspectos de depressão, ansiedade e *craving*. Também, foi observado com mais frequência nos estudos, que um maior

nível de Comorbilidade psiquiátrica está tendencialmente associado a piores resultados ao tratamento.

Refira-se ainda, e especificamente em relação à componente de saúde mental do ARPQ utilizado na nossa investigação (Patience et al., 1997), que este inclui variáveis indicadoras de depressão (pergunta 5), auto injúria (pergunta 6) e comportamento violento (pergunta 9) (ver Anexo 3). Estas três variáveis podem ser identificadas em diferentes questionários de comorbilidade psiquiátrica. A depressão e a ansiedade/tensão são medidas através de perguntas directas no ASI (Mclellan et al., 1992), são medidas indirectamente no BDI de Beck (1967) através de estados depressivos que incluem tristeza, pessimismo, sentimento de insucesso na vida e perda de prazer na vida, entre outros, e finalmente, a depressão e a ansiedade são medidas directamente no HDI de Hamilton (1967). Aspectos de auto injúria podem ser encontrados no ASI (Mclellan et al., 1992) através das perguntas relacionadas com pensamentos e tentativas de suicídio, assim como, no inventário depressivo de Beck (1967) através das perguntas que traduzem expectativas de punição, falta de auto estima e pensamentos suicidas. Os pensamentos suicidas também podem ser encontrados no questionário HDI de Hamilton (1967). Os aspectos relacionados com comportamento violento podem ser encontrados directamente no ASI (Mclellan et al., 1992), e indirectamente no BDI de Beck (1967) através das perguntas que traduzem agitação e irritabilidade, e finalmente, são encontrados no HDI de Hamilton (1967) através da pergunta que mede a agitação do doente.

1.7.4.4 - Efectividade do terapeuta

A efectividade do terapeuta pode ser definida como a quantificação da melhoria do doente que pode ser atribuída somente ao terapeuta, ao invés das características do doente, tipo de tratamento ou qualquer outra influência (Najavits; Weiss, 1994).

Segundo a revisão de Najavits e Weiss (1994) acerca da efectividade do terapeuta, em três estudos em que os terapeutas eram relativamente homogéneos face a experiência profissional podiam ser encontrados resultados de sucesso completamente diferentes entre os terapeutas; no estudo de Miller et al. (1980) em 9 terapeutas a taxa de sucesso variou entre 25% e 100%, no estudo de Luborsky et al. (1985) também em 9 terapeutas foram obtidas taxas de sucesso entre 13% e 74%, e finalmente, no estudo de McLellan et al. (1988) em que se observaram diferentes resultados de efectividade entre 5 terapeutas, mesmo após se ter verificado neste estudo homogeneidade dos doentes entre terapeutas no que diz respeito à história e gravidade de consumo de outras substâncias, tratamentos anteriores, problemas legais e características sócio demográficas. No entanto, e ainda segundo Najavits e Weiss (1994) os estudos têm numerosas limitações metodológicas que tornam os resultados encontrados acerca da efectividade do terapeuta, digamos mais a um nível “sugestivo” do que propriamente “conclusivo”.

Um resultado importante reportado em Crits Christoph et al. (1990) é que o nível de experiência do terapeuta só está associado com o resultado do tratamento unicamente para os terapeutas menos experientes.

Najavits e Weiss (1994) concluem ainda que a investigação acerca das características dos terapeutas com a efectividade aos tratamentos é muito limitada, sendo o único achado consistente na literatura a função interpessoal nas sessões de aconselhamento. Esta função interpessoal refere a capacidade do terapeuta ao nível de aspectos como a empatia com o doente, a sua genuinidade, o respeito pelo doente e a capacidade de aliança com o doente. No estudo de Ellis e McClure (1992) foi encontrado que um factor de prognóstico de um mau resultado aos 12 meses de seguimento após admissão a internamento foi a falta de envolvimento dos Clínicos Gerais, no que respeita à ajuda prestada aos doentes ao longo do tempo de seguimento.

De acordo com Mello et al. (2001) quando o doente sente que é realmente aceite pelo terapeuta, numa aceitação despidida de atitude punitiva, de julgamento e crítica, rapidamente abandona as suas defesas, erguidas sobre um fundo de ansiedade e culpabilização. Sentindo-se compreendido e aceite tal como é – doente – sentido na relação a ajuda que lhe é oferecida, muito raramente o doente alcoólico recusa o tratamento.

1.7.4.5 - Participação em Alcoólicos Anónimos

A participação em grupos de auto ajuda, dos quais destacamos o de AA, é um dos aspectos de tratamento do alcoolismo de maior interesse estudar como factor de prognóstico de resultado ao tratamento.

Galanter et al. (2007) referem que os AA são descritos na literatura como um programa espiritual para a vida – *a spiritual program for living*. A abordagem AA faz-se em contexto de grupo e enfatiza a abstinência absoluta e o reconhecimento da doença, prevê ainda uma estrutura de suporte social e modelos de referência, no sentido de prevenir as recaídas (Sá Nogueira e Ribeiro, 2008). Ainda segundo Sá Nogueira e Ribeiro (2008), o trabalho nos AA consiste na realização de sessões em que um membro fala de algum tema particular ou da sua experiência pessoal com o álcool no sentido de poder partilhar com o grupo, iniciando um intercâmbio de experiências construtivo.

De acordo com Mello et al. (2001), nos múltiplos aspectos de um processo de grupo, na sua dinâmica, nomeadamente nas projecções recíprocas, nos fenómenos de espelho, nas sucessivas identificações, na “diluição” da transferência, no “calor humano” vivenciável, na sua função catártica e contínua da expressão de afectos, na reaprendizagem das relações, entre outras, assenta o efeito psicoterapêutico do grupo de alcoólicos crónicos. Na revisão da literatura de McCrady e Epstein (2004) é discutido que a participação em AA incrementa o resultado ao tratamento através de processos de mudança influenciadores, tais como, o compromisso com a

abstinência, a auto eficácia ou nível de confiança do doente em se manter abstinente e as competências para lidar com os factores de risco da recaída – *Coping Skills*.

Na revisão sistemática de McKay e Weiss (2001) sobre factores de prognóstico do tratamento de doentes dependentes de álcool e/ou outras substâncias, foram encontrados resultados favoráveis para a participação em grupos de auto ajuda; ou seja, nos estudos com associações estatisticamente significativas entre a participação em grupos de auto ajuda e o resultado, maior participação está estatisticamente associado a melhor resultado.

De acordo com Room et al. (2005) os resultados de estudos de grande dimensão e bem delineados sugerem que os AA podem ter um efeito de potenciação na recuperação, quando combinado com tratamento formal, sendo também a participação em AA por si só melhor para a recuperação quando não existe um qualquer tratamento formal. Ainda segundo Room et al. (2005) a evidência também sugere que AA é especialmente efectivo em indivíduos cuja sua rede social envolva um grande número de consumidores pesados.

No inquérito transversal de Sobell et al. (1996) aplicado à população geral com e sem PLA, foi encontrado que para os indivíduos que procuraram ajuda para o seu problema de álcool o recurso de tratamento mais utilizado foi a participação em AA, ou seja, em 83% dos indivíduos que procuraram ajuda esta foi feita com recurso a AA. Este facto dá evidência do papel de AA na ajuda de PLA na comunidade.

Um resultado importante do estudo de McCrady e Epstein (2004) envolvendo doentes com SDA/SAA seguidos durante 18 meses após tratamento ambulatorio (de 15 sessões de psicoterapia) foram que uma maior gravidade do consumo de álcool na admissão ao tratamento estava estatisticamente associada a mais participação em AA. Este resultado aponta numa direcção

de doentes mais graves poderem procurar mais recursos de auto ajuda como os AA. Para além deste resultado também foi encontrado em McCrady e Epstein (2004) que uma maior participação em AA (percentagem de dias de participação em AA durante o tratamento) estava estatisticamente associado a uma maior percentagem de dias de abstinência ao longo do período de seguimento, o que vai ao encontro da importância da participação em AA para a abstinência.

Terra et al. (2008) concluem no seu estudo de factores de prognóstico da recaída aos 6 meses de tratamento ambulatorio (após alta a internamento) que ter aderido a AA era um factor protector da recaída (OR=0,32; $p<0,01$ após ajustamento para outras variáveis num modelo de regressão logística múltiplo). Este resultado também vai ao encontro do factor participação em AA como um protector independente da recaída.

No estudo de Chong e Lopez (2008) sobre factores de prognóstico de recaída em álcool aos 6 e 12 meses de seguimento após internamento de 45 dias para PLA e/ou problemas outras substâncias, realizado em mulheres de etnia americana índia, foi encontrado que o número de dias de participação em grupos de auto ajuda ao longo do seguimento era um factor de prognóstico protector da recaída em álcool aos 12 meses, sendo os resultados estatisticamente significativos após ajustamento por regressão logística múltipla (OR=0,82; $p<0,05$).

No estudo de Ellis e McClure (1992) com resultados estratificados para homens e mulheres, concluiu-se que a participação regular em AA (no mínimo uma vez por semana) estaria estatisticamente associado a um bom resultado do tratamento (abstinência ou consumo controlado) ao fim de 12 meses de seguimento após admissão a internamento, tanto para homens como para mulheres.

No estudo de Ilgen et al. (2007) em que se estudaram factores de prognóstico de auto eficácia ou nível de confiança dos doentes em se manterem abstinentes de consumo de álcool e outras substâncias, a participação em Narcóticos Anónimos e AA revelou-se correlacionado com uma maior auto eficácia ao fim de 12 meses de seguimento após internamento.

O estudo transversal de Schuckit et al. (1997) em que se estudou factores de prognóstico de longos períodos de abstinência no curso da doença (pelo menos 3 meses continuamente abstinente), concluiu-se que os doentes com SDA que já tinham participado em AA tinham mais probabilidade de estarem abstinentes por longos períodos de tempo em comparação com os que não tinham participado em AA, numa relação próxima de 3 para 1 (OR=2,8; $p<0,001$ após ajustamento num modelo de regressão logística múltiplo). No mesmo estudo, um importante resultado que pode indicar o impacto clínico dos grupos de auto ajuda AA foi quando se considerou exclusivamente todos os doentes que já tinham tido pelo menos um período longo de abstinência. Neste grupo, a participação em AA ainda foi mais evidente de previsão do prognóstico de um período de abstinência ainda mais alargado, digamos de 5 e mais anos (OR=3,2; $p<0,001$ após ajustamento num modelo de regressão logística múltiplo).

2 – Objectivos do estudo

De acordo com as duas questões de investigação deste estudo definiram-se objectivos gerais e específicos.

2.1 – Objectivos gerais

São dois os objectivos gerais deste estudo:

- a) Investigar nos doentes com SDA quais os factores de prognóstico na admissão ao tratamento, com influência relevante nos resultados aos 6 meses de tratamento.
- b) Investigar nos doentes com SDA quais os factores de prognóstico e exposição durante o período de tratamento, com influência relevante nos resultados aos 6 meses de tratamento.

2.2 – Objectivos específicos

De acordo com os objectivos gerais propostos, estes podem ser desdobrados em diversos objectivos específicos, relativos à previsão dos resultados do tratamento aos 6 meses. Vejamos então a descrição destes objectivos específicos consequentes dos objectivos gerais a) e b) estabelecidos.

- a) Relativamente ao objectivo de estudo dos factores de prognóstico na admissão ao tratamento serão investigados factores sócio demográficos, a história de uso de outras substâncias e indicadores de gravidade do consumo excessivo de álcool, nomeadamente ao nível da história de consumo propriamente dita, tratamentos anteriores, problemas legais, avaliações laboratoriais, medição de PLA e critérios de diagnóstico da dependência. Vejamos estes objectivos específicos com mais detalhe:

- a1) Factores sócio demográficos: analisar o valor prognóstico das variáveis sócio demográficas sexo, idade, anos completos de escolaridade, nível sócio

económico, pessoa co-responsável pelo doente, situação profissional actual, relação afectivo/sexual estável, situação familiar e social do doente.

a2) História de uso de outras substâncias: analisar o valor prognóstico da história de uso de outras substâncias pré tratamento, no que respeita ao doente já ter consumido heroína, já ter consumido cocaína, já ter consumido cannabis, já ter consumido BZD, e já ter consumido ou estar a consumir tabaco.

a3) Indicadores da gravidade do consumo excessivo de álcool – história de consumo propriamente dita: analisar o valor prognóstico da história de consumo propriamente dita, nomeadamente no que diz respeito aos anos de consumo excessivo pesado de álcool e idade do 1º consumo excessivo pesado, o consumo de álcool num dia típico de consumo, o número de dias abstinente desde a última bebida, o tipo de bebida preferida, o padrão de frequência de consumo, e finalmente, se o doente usualmente consome bebidas de manhã antes do almoço.

a4) Indicadores da gravidade do consumo excessivo de álcool - tratamentos anteriores: analisar o valor prognóstico do doente já ter estado em tratamento no passado, ter feito algum tratamento anterior em internamento e a duração máxima da abstinência conseguida nos tratamentos anteriores ou fora dos tratamentos. Pretende-se ainda avaliar o valor prognóstico do doente já ter feito tratamentos anteriores com DIS e ter participado em sessões de AA independentemente de já ter feito tratamento.

a5) Indicadores da gravidade do consumo excessivo de álcool – problemas legais: analisar o valor prognóstico do doente já ter tido problemas legais, nomeadamente no que diz respeito ao doente ter sido referenciado pela polícia a conduzir com taxa de alcoolemia superior ao limite legal, e se já teve algum processo judicial relacionado com o consumo de álcool, podendo

este processo envolver aspectos de perda de licença de condução e aspectos relacionados com comportamentos de violência entre outros.

a6) Indicadores da gravidade do consumo excessivo de álcool – avaliações laboratoriais: analisar o valor prognóstico das avaliações laboratoriais em hepatologia e hematologia, nomeadamente no que diz respeito aos exames GGT, AST, ALT e VGM.

a7) Indicadores da gravidade do consumo excessivo de álcool – problemas relacionados com o álcool medidos por questionário específico e critérios específicos de diagnóstico: analisar o valor prognóstico dos problemas relacionados com o álcool incluídos no questionário ARPQ (Patience et al., 1997) envolvendo problemas de saúde física e mental, os problemas de emprego, os problemas sócio familiares e problemas legais (no Anexo 3 apresenta-se a versão traduzida para português utilizada no Centro Regional de Alcoologia do Sul e na investigação de Neto et al. (2008)). Para além do ARPQ será identificado e analisado o valor prognóstico de cada um dos sete critérios de diagnóstico de dependência de álcool do DSM-IV (APA, 2002).

b) Relativamente ao objectivo de estudo dos factores de prognóstico e exposição durante o período de tratamento, serão investigados os fármacos para controlo de consumo, os aspectos não farmacológicos do tratamento, a influência do médico assistente e suas características e os fármacos para tratamento de depressão e ansiedade. Vejamos também estes objectivos específicos com mais detalhe:

b1) Fármacos para controlo do consumo de álcool: analisar o valor prognóstico dos fármacos DIS e ACA, nomeadamente no que diz respeito à indicação para estes fármacos, assim como, o tempo de duração da toma.

b2) Aspectos não farmacológicos do tratamento: analisar o valor prognóstico de aspectos não farmacológicos do tratamento, nomeadamente no que diz

respeito ao total de consultas realizadas (num máximo de 7 consultas previstas), a taxa de consultas na qual o co-responsável participou, a média das fases das consultas do doente ao longo do tratamento (podendo as fases de cada consulta e a consequente média temporal variar entre 1 e 4 para cada doente) e se o doente frequentou sessões de AA durante o tratamento.

b3) Efectividade do médico e suas características: analisar o valor prognóstico do médico que seguiu o doente durante o tratamento, assim como, o valor prognóstico dos seus anos de experiência e sexo.

b.4) Fármacos para tratamento de depressão e ansiedade: analisar o valor prognóstico de alguns indicadores de comorbilidade psiquiátrica (depressão e ansiedade), tais como, a indicação para antidepressivos e ansiolíticos, assim como, os respectivos tempos de toma durante os 6 meses.

3 – Materiais e métodos

3.1 – Delineamento de estudo coorte de alcoólicos em tratamento

De acordo com Last (2001) um estudo na área da epidemiologia clínica é um estudo realizado por clínicos envolvendo doentes como indivíduos do estudo. Ainda segundo o mesmo autor, enquanto a epidemiologia clássica procura identificar causas e medir riscos da doença, a epidemiologia clínica utiliza a informação da epidemiologia clássica para ajudar a tomar-se decisões nos casos identificados de doença.

No estudo coorte, as pessoas livres do resultado de interesse no início do estudo, são seguidas por um período de tempo de modo a registarem-se as incidências, isto é, os novos casos do resultado de interesse (Rothman et al, 2008; Fletcher; Fletcher, 2005; Last, 2001; Brownson; Petiti, 1998; Beaglehole et al., 1993).

Deste modo, este estudo pode ser considerado de estudo coorte clínico de doentes com SDA de acordo com os critérios DSM-IV para SDA, em tratamento ao longo do período prospectivo de 6 meses, de modo a avaliarem-se factores de prognóstico dos resultados no final do seguimento. O resultado de interesse primário para o estudo é o tempo até à primeira recaída num padrão de consumo pesado (50 e mais gramas de álcool num dia).

De acordo com Mello et al. (2001) o método epidemiológico tem a vantagem de reconhecer uma múltipla causalidade na doença e, deste modo, permitir um alargamento de alvos e áreas de intervenção preventiva. Adoptando este raciocínio num âmbito mais de estudo de indivíduos já doentes, que é o que constitui o nosso estudo, podemos pensar que o método epidemiológico tem a vantagem de reconhecer uma múltipla causalidade no prognóstico, e deste

modo, permitir uma maior identificação de grupos de risco e de intervenções preventivas de um melhor prognóstico.

Note-se na vantagem de se poder dispor de um estudo do tipo coorte para se produzir evidência acerca dos factores de prognóstico do resultado do tratamento. Segundo Haynes et al. (2006) o estudo coorte é o mais poderoso a produzir evidência a seguir ao ensaio experimental aleatorizado e controlado. De acordo com Fletcher e Fletcher (2005) os estudos coorte são a melhor opção de investigação quando a experimentação verdadeira não é possível. Dadas as duas questões de investigação propostas acerca de factores de prognóstico do resultado do tratamento, parece-nos que o estudo coorte é bastante adequado à realidade do estudo, fornecendo simultaneamente boa evidência científica sobre a efectividade das intervenções terapêuticas desenvolvidas no CRAS e HNSR.

3.2 – População em estudo e critérios de selecção dos doentes

No Centro Regional de Alcoologia do Sul (CRAS) os doentes incluídos no estudo foram seleccionados a partir do registo para primeira consulta (consulta de triagem). Os doentes foram informados das características do estudo e aceitaram participar através de um consentimento informado assinado pelo doente e pelo seu co-responsável. A partir de 841 casos consecutivamente registados no CRAS e de acordo com os critérios de selecção para o estudo (inclusão/exclusão) conseguiram-se incluir 194 doentes distribuídos por 6 médicos, que funcionavam como os únicos terapeutas. De acordo com os mesmos critérios de selecção para o estudo foram ainda incluídos 15 doentes do Hospital Nossa Senhora do Rosário (HNSR) distribuídos por 2 médicos. Deste modo foi possível incluir e seguir um total de 209 doentes nos 6 meses de tratamento consequentes. O estudo teve aprovação das comissões de ética do CRAS e HNSR. O recrutamento iniciou-se em Fevereiro de 2004 e terminou em Junho de 2006 (Neto et al., 2008).

O CRAS tem como principal missão o desenvolvimento de metodologias de abordagem à prevenção, tratamento e reabilitação de doentes alcoólicos. O HNSR é um hospital geral que também intervém no tratamento do SDA em doentes com esta problemática. Este estudo coorte teve origem no âmbito de uma investigação mais alargada de comparação de diferentes modalidades de tratamento do SDA, que serviu de fonte de informação para este estudo coorte e foi financiado pelo Programa Operacional de Saúde (2000-2006) no âmbito do Programa Saúde XXI. Os 8 médicos envolvidos no estudo têm uma larga experiência no tratamento do SDA, com uma idade média de 54 anos (Min-Máx:47-60 anos) e uma experiência média de 24 anos em 2004 (Min-Máx:14-31 anos).

A partir da primeira entrevista de triagem tanto no CRAS como no HNSR, iniciava-se sempre que necessário a desintoxicação física, um dos critérios necessários para inclusão no estudo. Em termos práticos, os doentes eram convidados a participar no estudo na sua primeira consulta de triagem, embora só fossem efectivamente incluídos para medição de variáveis no momento de admissão ao tratamento ambulatorio (*baseline*), e após já estarem abstinentes há pelo menos 24 horas. Ou seja, só após a consulta de triagem e a abstinência conseguida de pelo menos 24 horas, e em acordo com os critérios de selecção, é que o doente foi considerado admitido ao estudo e observado na primeira consulta do médico. O tempo de seguimento do doente em dias é então contado a partir desta data, ou seja, a partir do dia da consulta de inclusão efectiva no estudo. Deste modo, o tempo em tratamento é o tempo de seguimento do doente no estudo, não entrando em conta com os dias de abstinência previamente conseguidos antes do tratamento (note-se no entanto que o tempo prévio de abstinência foi incluído como um dos eventuais factores de prognóstico do resultado do tratamento).

Ao nível de critérios de selecção dos doentes (inclusão/exclusão) foram incluídos no estudo doentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 18 e 65 anos, e com diagnóstico de SDA dado pelo cumprimento de pelo menos 3 dos 7 critérios do DSM-IV para dependência de álcool (uma aplicação deste método de diagnóstico de SDA pode ser encontrada detalhadamente em Hingson et al. (2006 a,b)). Tenha-se também em conta que para definição de doente alcoólico e consequente inclusão no estudo, os critérios do DSM-IV não envolvem necessariamente os dois critérios de dependência física que respeitam os aspectos de tolerância e de abstinência (ver Anexo 1).

Ainda ao nível da inclusão no estudo, os doentes tinham de estar abstinentes à pelo menos 24 horas e sem sinais de SABA, tinham de ter necessariamente um familiar ou outra pessoa com influência afectiva directa no doente que aceitasse ser co-responsável (deste modo, a existência de co-responsável é absolutamente necessária para inclusão do doente no estudo), tinha de ser assinado consentimento informado tanto por parte do doente como do co-responsável e o doente tinha de aceitar tomar DIS caso lhe fosse prescrito, através de um consentimento redigido num documento que informava das características deste fármaco, precauções e efeitos adversos.

De acordo com os critérios de exclusão, os doentes seriam excluídos do estudo se tivessem comorbilidade psiquiátrica ou doença física severa, comorbilidade aditiva a outras substâncias à excepção do tabaco, não saber ler nem escrever, ter tido reacções alérgicas ao DIS, ter uma doença hepática descompensada definida por uma ou mais das seguintes alterações: ascite, sangramento de varizes esofágicas, icterícia, albumina < 38 g/l, GGT > 600 u/l, ALT > 200 u/l. Também seriam excluídas mulheres grávidas ou que não estivessem a fazer contracepção caso estivessem em idade fértil. Os médicos responsáveis pelos doentes tiveram responsabilidade na aplicação dos critérios de inclusão/exclusão aos doentes.

3.3 – Potência do estudo

Nos estudos de doentes com PLA é muito frequente encontrar efeitos estatisticamente significativos ($p < 0,05$) com magnitudes de razão de riscos entre 1,5 e 2,5 (ou algo superior) para factores que agravam a recaída, e de modo inverso magnitudes de razão de riscos entre 0,67 e 0,40 (ou algo inferior) para factores protectores da recaída. Note-se que quanto mais afastado de 1 tiver a razão de riscos, maior é a magnitude do efeito, quer o factor seja agravante do risco quer seja protector.

A título de exemplo podemos observar alguns efeitos estatisticamente significativos apresentados na literatura, e que dizem respeito a alguns factores de relevo para o estudo, tais como os efeitos na recaída de características sócio demográficas, indicadores de gravidade do SDA e variáveis de tratamento. As magnitudes dos efeitos que poderemos ilustrar a título de exemplo são o $RR=1,66$ de recaída para homens versus mulheres (Glenn; Parsons, 1991), o $OR=2,4$ de recaída dos solteiros (Terra et al., 2008), o $OR=3,7$ de recaída para os doentes que já tinham recebido tratamento prévio (Terra et al., 2008), o $OR=1,9$ de recaída para o número de tratamentos anteriores (Chong; Lopez, 2008), o $OR=2,5$ de recaída para os doentes com uso concomitante de outras substâncias (Blondell et al., 2006), o $OR=4,4$ para os doentes que já tinham recebido tratamento prévio no âmbito da sua saúde mental (Blondell et al., 2006), o $OR=5,5$ para os doentes que já tinham tido processo judicial com pena de prisão (Blondell et al., 2006), o $RR=2,5$ de recaída para os doentes com comorbilidade ansiosa (Kushner et al., 2005), o $OR=3$ de recaída para os doentes com depressão (Curran et al., 2000), o $RR=2,1$ de recaída para os doentes com depressão (Greenfield et al., 1998), o $RR=0,46$ de recaída dos doentes com depressão (Terra et al., 2008), o $OR=2,5$ de recaída para os doentes com um pior nível de problemas psicológicos (Sander; Jux, 2006), o $RR=0,67$ de recaída para os doentes que fizeram tratamento com ou sem AA versus não terem feito

qualquer tratamento (Moos; Moos, 2006), o $OR=0,32$ de recaída para os doentes com participação em AA (Terra et al., 2008).

Dada a disponibilidade de recursos, a limitação temporal do estudo, e de forma a consolidar outros objectivos de investigação (fora do âmbito desta tese) planeou-se incluir no estudo uma amostra de $n=209$ doentes. Vejamos então qual o valor desta amostra em termos de potência deste estudo de factores de prognóstico, ou seja, a capacidade do estudo para detectar efeitos que realmente existem.

Assumindo uma taxa de recaída de 60%, o estudo tem potência de 80%, 85% e 90% para detectar efeitos de razão de riscos respectivamente iguais ou superiores a 1,3, 1,32 e 1,33, para factores agravantes da recaída – de acordo com método de determinação da dimensão amostral em estudos comparativos de Pocock (1983). Este mesmo estudo tem potência de 80%, 85% e 90% para detectar efeitos de razão de riscos numericamente iguais ou inferiores respectivamente a 0,68, 0,67 e 0,63, para factores protectores da recaída. Note-se que 0,63 apesar de ser um número inferior a 0,68 representa de facto um efeito superior, pois está mais afastado do valor unitário de hipótese nula para a razão de riscos.

Deste modo, este estudo tem uma elevada potência para detectar efeitos entre os 1,5 e 2,5, pois são magnitudes superiores a 1,33 e logo a potência será superior a 90%. Simultaneamente o estudo tem uma elevada potência para detectar efeitos entre os 0,67 e 0,40, pois são numericamente inferiores a 0,68 e logo a potência será igual ou superior a 85%.

Refira-se ainda que estes dados de potência que acabámos de referir devem ser vistos unicamente como um indicador da capacidade que o estudo tem para detectar efeitos realmente existentes. Os estudos observacionais em alcoologia que revemos, nos quais estão incluídos os estudos que acabámos de referir a título de exemplo, não costumam apresentar dados sobre a

potência, naturalmente em grande parte devido ao seu carácter observacional e exploratório. Uma rara excepção encontrada nos estudos observacionais foi o estudo coorte de Blondell et al. (2006) em que é referida uma potência de 80%. Na grande generalidade dos estudos em alcoologia por nós revistos, a potência foi mais referida nos ensaios clínicos, por exemplo, no ensaio clínico do ACA versus PLC de Chick et al. (2000) em que é referido uma potência de 95%, ou no ensaio clínico de ACA versus um grupo controlo de tratamento sem ACA de Kiritzé Topor et al. (2004), em que é referido uma potência de 80%. Mas mesmo em alguns ensaios clínicos dos fármacos ACA, DIS e NTX não é feita qualquer referência à potência (Laaksonen et al., 2007; Rubio et al., 2001; Barrias et al., 1998). No entanto, apesar destes aspectos, parece-nos importante ter uma indicação que podem existir efeitos no nosso estudo que são detectados com uma potência de pelo menos 85%, o que representa de facto um valor relevante para a potência.

3.4 – Operacionalização de variáveis no estudo

O questionário que serviu para a recolha de informação encontra-se em anexo (Anexo 5) tendo sido preenchido por um técnico do CRAS licenciado e com treino na área de psicologia clínica, e pelos 8 médicos participantes na investigação. Em termos práticos, toda a informação relativa aos critérios de selecção dos doentes incluindo a verificação dos critérios DSM-IV, o preenchimento do ARPQ na admissão ao tratamento, a recolha de informação sócio-demográfica, a história relacionada com o consumo de álcool e outras substâncias e a avaliação clínica e prospectiva ao longo das consultas, foi efectuado pelo referido psicólogo clínico do CRAS, em conjunto com os 8 médicos participantes.

Não foi efectuado propriamente um pré-teste do questionário em anexo, à excepção do ARPQ, uma vez que a informação do questionário faz parte dos processos clínicos habitualmente preenchidos pelos 8 médicos na sua prática de tratamento de doentes com SDA. Em relação ao ARPQ, uma vez que foi

traduzido para português, foram revistos e validados pelos 8 médicos da investigação e o referido psicólogo clínico os conteúdos do ARPQ em português. Após esta validação dos conteúdos, foi efectuado um pré-teste a 10 doentes de modo a validar com os doentes a versão traduzida para português. Dado os resultados favoráveis da compreensão dos doentes face à tradução, foi considerada que a versão traduzida seria válida para aplicar no estudo.

A informação do consumo de álcool ao longo dos 6 meses de tratamento ambulatorio, no que respeita a dias com consumo e quantidade de álcool consumida, foi registada num calendário mensal de registo diário, com preenchimento da responsabilidade dos doentes e seus co-responsáveis, sendo este diário extra ao questionário. No entanto, a informação que consta do questionário sobre o consumo de álcool ao longo das consultas serviu também para validar a informação do diário de consumo de álcool. Na secção referente às variáveis dependentes que constam do estudo, será feita uma apresentação detalhada desta informação do consumo de álcool.

A identificação de todas as variáveis a serem operacionalizadas neste estudo será apresentada de seguida, na sequência lógica de descrição dos factores de prognóstico, seguido das variáveis de resultado. No Anexo 4 encontra-se descrito um plano detalhado de operacionalização de todas as variáveis que serviram de base para o estudo, podendo ser consultado para se aceder a informação mais específica das variáveis operacionalizadas. No entanto, existiram outras variáveis que não constaram propriamente deste plano mas que foram calculadas em função destas ao longo da apresentação de resultados. Por exemplo, a partir das variáveis idade do doente e tempo de consumo de álcool que constam no plano de operacionalização, facilmente se calculou a variável idade do início do consumo excessivo (idade do doente menos a duração do consumo).

Os dados dos doentes foram informatizados em SPSS – Versão 14, tendo sido o planeamento e gestão da informação efectuado pelo referido psicólogo clínico com a consultoria e colaboração do autor do presente trabalho.

Em suma, a informação de todas as variáveis do estudo foi fornecida pelos médicos responsáveis pelo tratamento dos doentes e pelo referido psicólogo clínico, em conjunto com a informação auto reportada dos doentes e seus co-responsáveis. Vamos distinguir as variáveis que representam os factores de prognóstico – as variáveis independentes do estudo – das variáveis que representam os resultados do estudo – as variáveis dependentes.

3.4.1 – Variáveis de prognóstico

Vamos adoptar a distinção de Fletcher e Fletcher (2005) entre factores de risco e factores de prognóstico num estudo coorte. Segundo estes autores, factores de risco são factores associados ao resultado de incidência de doença que ocorrem antes dela se manifestar, ou seja, numa coorte de indivíduos saudáveis, enquanto factores de prognóstico são factores associados à incidência de um qualquer resultado de saúde manifestado numa coorte de doentes.

Mais concretamente em relação ao nosso estudo, podemos estabelecer o seguinte quadro que esquematiza o delineamento dos factores de prognóstico do resultado do tratamento nesta investigação coorte de doentes:

Quadro 6– Delineamento dos factores de prognóstico do resultado durante 6 meses de tratamento

<i>FACTORES DE PROGNÓSTICO</i>	<i>ESPECIFICAÇÃO DOS FACTORES</i>	<i>IMPORTÂNCIA NA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA</i>
FACTORES OBSERVADOS NA ADMISSÃO AO TRATAMENTO	Factores sócio demográficos	Factores de prognóstico e eventuais factores de confundimento das exposições durante o tratamento
	História de uso de outras substâncias	Factores de prognóstico e eventuais factores de confundimento das exposições durante o tratamento
	Indicadores de gravidade do consumo excessivo de álcool	Factores de prognóstico e eventuais factores de confundimento das exposições durante o tratamento
FACTORES OBSERVADOS DURANTE OS 6 MESES DE TRATAMENTO	Fármacos para controlo do consumo	Factores de prognóstico e exposição durante o tratamento
	Aspectos não farmacológicos do tratamento	Factores de prognóstico e exposição durante o tratamento
	Médico e suas características	Factores de prognóstico e exposição durante o tratamento
	Fármacos para tratamento de depressão e ansiedade	Factores de prognóstico eventuais reveladores de depressão e ansiedade, de exposição e eventuais factores de confundimento das outras exposições durante o tratamento

Como se observa neste quadro, todos os factores observados na admissão ao tratamento têm uma importância ao nível do prognóstico do resultado do tratamento, mas têm igualmente importância como eventuais factores de confundimento das exposições observadas durante o tratamento. Por exemplo, pode acontecer um fármaco ser menos efectivo na prevenção da recaída devido ao facto que os doentes que fizeram esse fármaco foram admitidos ao tratamento com maior nível de gravidade. Deste modo, o nível de gravidade na admissão para além do seu esperado valor prognóstico, poderia confundir o efeito do fármaco em questão (devendo a análise estatística prever o ajustamento para o eventual factor de confundimento).

O termo factor de confundimento surge a representar um factor que está associado simultaneamente ao resultado do tratamento, assim como, ao factor de exposição em estudo (Rothman et al., 2008; Haynes et al., 2006; Last, 2001; Brownson; Petiti, 1998; Beaglehole et al., 1993). Um aspecto importante a reter na teoria do confundimento é que um factor de confundimento está associado à exposição, mas não deve ser consequência da exposição (Brownson; Petiti, 1998).

No que diz respeito aos fármacos para controlo do consumo, os aspectos não farmacológicos do tratamento e o médico e suas características, são factores que têm importância ao nível prognóstico como as exposições de interesse estudar. É a investigação destas exposições que nos vai permitir identificar se uma dado fármaco ou um dado aspecto da consulta é mais efectivo que outro.

Os fármacos para tratamento de problemas de depressão e ansiedade são factores de prognóstico e exposição, mas também são factores eventualmente reveladores de comorbilidade psiquiátrica tal como a depressão e a ansiedade. Deste modo, também podem ser encarados como eventuais factores de confundimento das outras exposições. Por exemplo, um dado fármaco para controlo do consumo pode revelar menos efectividade devido ao facto dos doentes que o fizeram também terem mais tendência para estarem a ser tratados com antidepressivos. Deste modo, a falta de efectividade do fármaco de controlo do consumo poderia eventualmente ser explicada pelo confundimento com uma comorbilidade depressiva dos doentes que o fizeram.

3.4.1.1 – Variáveis de prognóstico na admissão ao tratamento

Na admissão ao tratamento mediram-se os factores sócio demográficos sexo, idade, anos completos de escolaridade, nível sócio económico de Graffard

(1956), pessoa co-responsável pelo doente, situação profissional, relação afectivo sexual estável, situação familiar e social.

Para além dos factores sócio demográficos registou-se na admissão ao tratamento se o doente tinha história de consumo de outras substâncias, nomeadamente, de uso de heroína, uso de cocaína, uso de cannabis, uso de BZD, e história de uso ou uso concomitante de tabaco.

No que diz respeito à história de consumo de álcool propriamente dita, mediu-se na admissão ao tratamento os anos de consumo excessivo pesado de álcool (com início do consumo de acordo com quantidade de consumo pesado estabelecida em pelo menos 50 gramas por dia de consumo, sugerido em WHO (2004) e Babor et al. (2001)), a idade do 1º consumo excessivo pesado calculado a partir da idade do doente menos os anos de consumo pesado, a quantidade de álcool em gramas num dia típico de consumo (assumindo-se 10 gramas de álcool por cada unidade de bebida padrão, correspondendo aproximadamente a 1 garrafa de cerveja de 330 ml, ou 1 copo de vinho de 140 ml, ou ainda, 1 cálice de bebida destilada ou fortificada de 40 ml, segundo Babor et al. (2001)), o número de dias abstinente desde a última bebida antes do doente entrar em tratamento, o tipo de bebida preferida, o padrão de frequência de consumo, e finalmente, se o doente consome usualmente bebidas de manhã e/ou antes do almoço.

Também foi medido na admissão ao tratamento informação relativa à presença de tratamentos anteriores, considerando-se que o doente já tinha estado em tratamento se tinha participado em pelo menos uma consulta clínica (com médico) devido ao seu problema de álcool. Classificou-se ainda se o doente efectuou pelo menos um dos tratamentos anteriores em internamento, a duração máxima da abstinência anteriormente conseguida durante os tratamentos ou fora dos tratamentos, se o doente já tinha recebido algum tratamento com DIS e se já tinha alguma vez participado em qualquer sessão de AA independentemente de estar em tratamento.

A possibilidade do doente já ter tido problemas legais foi medido na admissão ao tratamento representando o facto de já ter sido referenciado pela polícia a conduzir com uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 mg/ml (limite legal em Portugal). Para além deste aspecto também se registou se o doente já teve algum processo judicial relacionado com o consumo de álcool, como por exemplo, o facto de já ter sido condenado por condução sob efeito de álcool ou por comportamento violento derivado do álcool, entre outros.

Em termos laboratoriais foram efectuadas na admissão ao tratamento as avaliações em hepatologia e hematologia, no que respeita os exames GGT, AST, ALT e VGM. No nosso estudo foi usado a normalização de parâmetros sugerido em Sogliero Gilbert et al. (1986), em que valores normais são representados na gama 0 a 1 (incluído), sendo valores aumentados representados por valores superiores a 1. Este processo é efectuado dividindo o valor observado pelo ponto de corte do laboratório acima do qual é definido o valor aumentado.

O questionário de PLA do ARPQ (Patience et al., 1997), assim como, os critérios de diagnóstico do SDA do DSM-IV (APA, 2002; APA, 1994) também forneceram variáveis medidas na admissão ao tratamento, e que foram de importância para a análise dos factores de prognóstico (Anexos 1,3 e 5).

O ARPQ permitiu medir 11 variáveis específicas da qualidade de vida do doente com SDA nos 6 meses prévios à admissão ao tratamento, incluindo a hospitalização do doente devido a álcool, a presença de vómitos matinais, a presença de diarreia, o envolvimento em acidentes com necessidade de assistência médica, a depressão, a auto injúria através da intoxicação alcoólica, os problemas com compromissos profissionais e sociais, a presença de discussões familiares e sociais, os comportamentos de violência familiar e social, a hipótese de afastamento do ambiente familiar e social em

consequência das discussões, e finalmente, a presença de problemas com a polícia.

Os critérios de diagnóstico de SDA são constituídos por 7 variáveis (critérios) observados num período de pelo menos 1 ano, envolvendo a dependência física no que respeita a aspectos de tolerância e abstinência, o consumo frequente de álcool em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia, a existência de desejo persistente ou esforços sem êxito para diminuir ou controlar a utilização de álcool, o ser dispendido grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção/utilização de álcool e recuperação dos seus efeitos, o abandono ou diminuição da participação em importantes actividades sociais/ocupacionais e recreativas, a utilização de álcool ser continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente físico ou psicológico provavelmente causado ou exacerbado pela utilização de álcool.

3.4.1.2 – Variáveis de prognóstico e exposição no período de tratamento

A exposição a fármacos para controlo de consumo de álcool no período de tratamento constituem factores de maior interesse investigar na prevenção da recaída, entre outros resultados ao tratamento. Na presente investigação estudou-se o efeito da exposição ao DIS e ACA, uma vez que foram os dois fármacos indicados pelos médicos para tratamento dos alcoólicos. As variáveis medidas para estes dois fármacos envolveram a indicação para o doente de algum destes fármacos, e em caso de ter sido indicado, durante quantos dias se observou a toma do fármaco. O DIS foi prescrito pelos médicos nas doses de 125 ou 250 mg/dia, e o ACA foi prescrito nas doses 1998 mg/dia em doentes com pelo menos 60 Kg e 1332 mg/dia em doentes com menos de 60 kg. Nas consultas dos doentes, é validado pelo médico o tempo de toma efectiva destes fármacos. Caso o doente não forneça informação ao médico sobre o tempo de toma dos fármacos, foi assumido

como tempo de toma o tempo cumulativo até à última consulta participada pelo doente. Os doentes com indicação para o fármaco mas sem qualquer informação de tempo de toma foram considerados omissos na análise estatística.

Para além dos fármacos também foi de grande interesse para a investigação estudar alguns aspectos não farmacológicos do tratamento, nomeadamente no que diz respeito ao total de consultas realizadas num máximo de 7 consultas previstas para os 180 dias, a taxa intra indivíduo de participação do co-responsável nas consultas (o número de consultas que o co-responsável participou a dividir pelo total de consultas realizadas pelo doente), a média intra indivíduo das fases das consultas (calculado para cada doente pela soma das fases das consultas a dividir pelo total de consultas realizadas pelo doente, podendo ter um valor entre 1 e 4, uma vez que o número de fases de cada consulta pode variar entre 1 e 4) e finalmente, a participação do doente em sessões de AA (pelo menos uma sessão de AA).

Em relação às fases das consultas, as primeiras duas fases consistem na presença exclusiva do doente numa das fases da consulta (1ª ou 2ª) e na presença do doente e o seu co-responsável noutra fase (1ª ou 2ª), a 3ª fase é exclusiva com o co-responsável e finalmente a 4ª fase consiste novamente na presença do doente e do seu co-responsável (Neto et al., 2008). Ainda, se o doente fez pelo menos 2 fases na consulta, então necessariamente houve a presença do co-responsável na consulta. Também, pode perfeitamente acontecer o doente só ter tido uma fase na consulta e o seu co-responsável ao estar presente ter participado na consulta.

Note-se que variáveis como o total de consultas realizadas e a participação do doente em sessões AA, também podem ser indicadores de maior motivação do doente para se tratar. A taxa de participação do co-responsável também pode ser indicador de maior motivação dos familiares e amigos próximos para a recuperação do doente. O co-responsável é um familiar ou

outra pessoa próxima do doente em termos de influência e afectividade e constituiu um dos critérios de inclusão do doente no estudo. O co-responsável tem ainda o papel de supervisor na toma de medicação de controlo do consumo como o DIS e o ACA.

O médico responsável pelo tratamento do doente também foi registado de modo a poder-se investigar a efectividade do médico, assim como, algumas das suas características pessoais. Deste modo, registámos qual o médico responsável, qual o seu tempo de experiência (dado pelo tempo em anos desde a licenciatura até 2004) e finalmente o sexo do médico.

Relativamente aos fármacos para tratamento depressão e ansiedade, investigámos relativamente à indicação e tempo de toma os antidepressivos (Sertralina, Venlafaxina e Mirtazapina), um ansiolítico BZD (Diazepam) e outro ansiolítico não pertencente à classe das BZD, ou seja, a Buspirona (BUSP). Tal como para o DIS e o ACA, caso o doente não forneça informação ao médico sobre o tempo de toma dos fármacos, foi assumido como tempo de toma o tempo cumulativo até à última consulta participada pelo doente. Os doentes com indicação para o fármaco mas sem qualquer informação de tempo de toma foram considerados omissos na análise estatística.

3.4.2 – Variáveis de resultado aos 6 meses

As variáveis de resultado aos 6 meses de maior interesse para o estudo, assentaram na informação auto reportada dos doentes e dos seus co-responsáveis, através de um calendário mensal de registo diário de consumos diários denominado por *Timeline Followback* (TLFB) (Sobell; Sobell, 1992).

Este calendário de registo de consumos já foi utilizado noutros estudos de investigação em alcoologia, por exemplo, Feeney et al. (2006), Kushner et al. (2005), McCrady e Epstein (2004), Johnson et al. (2003). Mesmo antes da

publicação do TLFB, a revisão da literatura de Waisberg (1990) apontava que a investigação que compara a informação auto reportada do consumo de álcool com outras fontes de resultado indicam que a informação auto reportada é suficientemente válida, e em especial para as investigações em que o conhecimento da quantidade precisa de álcool consumida não fosse crucial. Mais actualmente, Del Boca e Darkes (2003) apontam que a informação auto reportada é eficiente em termos económicos, é simultaneamente não invasiva e aceitável para os respondentes, dando razoáveis níveis de validade ao nível da exactidão e precisão. Mais ainda, Del Boca e Darkes (2003) comentam que a literatura sugere que procedimentos como o TLFB tendem a produzir as estimativas de consumo mais válidas.

No nosso estudo, a aplicação do TLFB foi efectuada por dois técnicos com formação académica em psicologia, com treino no Centro Regional de Alcoologia do Sul para utilização deste instrumento de medição do consumo. Mais concretamente, de 15 em 15 dias estes dois técnicos telefonavam para o doente a pedir-lhe informação retrospectiva sobre o seu consumo diário dos últimos 15 dias, em unidades padrão de consumo de álcool (cerca de 10 gramas de álcool por unidade). Toda a informação fornecida pelo doente era confirmada pelo co-responsável do doente (note-se que a existência de co-responsável era um dos critérios de inclusão no estudo). Em caso de divergência de informação entre o doente e o co-responsável assumia-se a informação mais pessimista. Por exemplo, se o doente afirmava que nos últimos 15 dias tinha bebido 2 dias numa quantidade de uma unidade padrão de álcool por dia, e o co-responsável admitia que o doente tinha bebido 5 dias 4 unidades padrão de álcool, então era assumido que o doente tinha consumido 5 dias cerca de 40 gramas de álcool por dia de consumo. Existiu ainda uma validação da informação do TLFB com os dados do questionário de recolha de dados dos doentes (Anexo 5). Em caso de divergência de informação entre o TLFB e o questionário foi adoptado assumir como registo de consumo a versão mais pessimista.

Como o ARPQ dá uma indicação da presença de PLA, para além das variáveis de resultado obtidas através do TLFB, também foi utilizada como variável resultado a indicação do doente não ter qualquer problema com o álcool aos 6 meses no ARPQ versus ter pelo menos um problema ligado ao álcool. A informação do ARPQ surgiu como um resultado mais secundário e complementar em relação aos resultados obtidos com o TLFB.

Em função do TLFB, foi possível construir as seguintes variáveis medidas durante os 6 meses de tratamento:

- 1) Tempo até ao primeiro consumo pesado de álcool sendo este definido como a ingestão de 50 ou mais gramas de álcool por dia,
- 2) Abstinência de qualquer consumo pesado de 50 ou mais gramas/dia de álcool ao fim de 6 meses,
- 3) Abstinência de qualquer quantidade de consumo de álcool ao fim de 6 meses,
- 4) Tempo cumulativo de abstinência nos 6 meses e o facto do doente atingir um tempo cumulativo de abstinência acima da média de todos os doentes em estudo,
- 5) O doente ter um tempo máximo de recaída com qualquer quantidade de álcool superior a 1 dia.

Vejamos estas variáveis mais detalhadamente.

3.4.2.1 - Tempo até ao primeiro consumo pesado de álcool

Em relação ao tempo até ao primeiro consumo pesado de álcool (50 ou mais gramas/dia) traduzido pelo consumo de 5 ou mais bebidas padrão, pensamos que é uma variável que ajuda a distinguir a verdadeira recaída para um padrão pesado típico do doente alcoólico, de um eventual lapso ou uma recaída digamos mais “controlada”. Kiefer et al. (2005) chega mesmo a definir que a primeira bebida consumida durante o tratamento é o que se pode considerar um “lapso”, enquanto que o retorno a um consumo pesado

definido, por exemplo por 5 ou mais bebidas, constitui o evento de verdadeira recaída. Deste modo, ao nível de um estudo de factores de prognóstico do resultado ao tratamento, cujo principal resultado é a recaída, pensamos que a recaída num padrão de consumo pesado pode ser muito mais discriminatório na identificação de factores de prognóstico, e consequentemente ter mais interesse epidemiológico.

No nosso estudo e de acordo com o *site* do Centro Regional de Alcoologia do Sul – www.cras.min-saude.pt – acedido em Setembro de 2008, vamos assumir que uma bebida padrão em Portugal pode ter entre 8 a 12 gramas de álcool. Para efeitos práticos, vamos centrar em 10 gramas a quantidade de álcool de uma bebida padrão, que é um valor que está em acordo com o correspondente valor do questionário AUDIT que também assume esta mesma quantidade como referência para uma bebida padrão (Babor; Higgins Biddle, 2001; Babor et al., 2001). Como já tinha sido anteriormente referido uma bebida padrão corresponde aproximadamente a 1 garrafa de cerveja de 330 ml, ou 1 copo de vinho de 140 ml, ou ainda, 1 cálice de bebida destilada ou fortificada de 40 ml (Babor et al., 2001).

Note-se que mesmo assim, esta quantidade de álcool de 10 gramas para uma unidade padrão pode estar um pouco enviesada para baixo, dando uma perspectiva mais optimista do consumo em relação ao real. De facto, segundo Babor e Higgins Biddle (2001) e Babor et al. (2001), uma garrafa de cerveja de 330 ml com 5% de etanol, ou um copo de vinho de 140 ml com 12% de etanol, ou ainda um cálice de bebida espirituosa de 40 ml com 40% de etanol, podem representar bebidas contendo até cerca de 13 gramas de etanol. Del Boca e Darkes (2003) chegam mesmo a comentar que apesar de poucos estudos investigarem os efeitos de usar a medição do consumo em unidades padrão, os dados disponíveis sugerem que as conversões nesta unidade tendem a sub estimar o consumo actual. No entanto, para efeitos práticos a eventualidade do viés envolvido não traduz qualquer aspecto desfavorável para o nosso estudo, quanto muito, fica ainda mais evidente a

recaída para um real consumo pesado ao considerar-se que 5 ou mais bebidas padrão traduzem uma recaída pesada. Por exemplo, se a bebida padrão tivesse 13 gramas então o ponto de corte de 50 gramas associado a 5 bebidas seria 65 gramas, o que de facto traduziria uma recaída ainda mais pesada que as 50 gramas consideradas.

No quadro seguinte mostramos diversos estudos que também utilizam como variável de resultado a recaída para o padrão de consumo pesado, com diversas definições de consumo pesado. Observe-se que existe algum consenso acerca da quantidade de 5 bebidas padrão, embora possa ser introduzida alguma variação na gramagem da unidade padrão, assim como, na diferença entre homens e mulheres:

Quadro 7– Variável recaída para consumo pesado definida em diferentes estudos prospectivos

<i>ESTUDO COM DOENTES SDA</i>	<i>TIPO DE ESTUDO</i>	<i>RECAÍDA PARA CONSUMO PESADO</i>
Laaksonen et al. (2007)	Experimental aleatorizado e aberto, comparativo de DIS, NTX, e ACA	<u>Consumo de 5 ou mais bebidas padrão</u> de 12 gramas num dia para homens e 4 bebidas padrão para mulheres. Deste modo, é considerado o consumo pesado a partir de 60 gramas para homens e 48 gramas para mulheres.
Kiefer et al. (2005)	Experimental aleatorizado e com dupla ocultação, comparativo de NTX, ACA, NTX+ACA e PLC	<u>Consumo de 5 ou mais bebidas padrão</u> num dia para homens e 4 ou mais bebidas para mulheres, sem definição da gramagem da bebida padrão.
DeSousa e DeSousa (2004)	Experimental aleatorizado e aberto, comparativo de NTX e DIS	<u>Consumo de 5 ou mais bebidas padrão</u> de 8 gramas de etanol num dia, ou seja, consumo igual ou superior a 40 gramas num dia.
Johnson et al. (2003)	Experimental aleatorizado e com dupla ocultação, comparativo de Topiramato com PLC	<u>Consumo de 5 ou mais bebidas padrão</u> num dia para homens e 4 ou mais bebidas para mulheres, sem definição da gramagem da bebida padrão.
Guardia et al. (2002)	Experimental aleatorizado e com dupla ocultação, comparativo de NTX com PLC	<u>Consumo de 5 ou mais bebidas padrão</u> de 10 gramas de etanol num dia para homens, e 4 ou mais bebidas para as mulheres. Deste modo, é assumido o ponto de corte de 50 gramas para homens e 40 gramas para mulheres.
Rubio et al. (2001)	Experimental aleatorizado, aberto para os doentes e ocultado para os investigadores, comparativo de NTX e ACA	<u>Consumo de 5 ou mais bebidas padrão</u> de 8 gramas num dia. Deste modo é considerado o consumo pesado a partir de 40 gramas.
Greenfield et al. (1998)	Observacional coorte prospectivo acerca da influência da depressão no resultado ao tratamento	<u>Consumo de 5 ou mais bebidas padrão</u> de 13,6 gramas num dia para homens e 3 ou mais bebidas para as mulheres. Deste modo é considerado mais de 60 gramas e mais de 40 gramas num dia respectivamente para homens e mulheres para definição de consumo pesado

3.4.2.2 - Abstinência de qualquer consumo pesado de 50 ou mais gramas/dia de álcool

Em alcoologia é muito frequente associar as perdas de seguimento a recaídas, ou seja, quando não se conhece o resultado do doente em termos de recaída ou abstinência devido ao facto de se ter perdido o contacto com ele, é costume assumir-se nos estudos a versão mais pessimista de recaída – *worst case scenario* (Haynes et al., 2006). A grande vantagem deste procedimento é que ao não se reduzir a dimensão da amostra em estudo, maximiza-se a potência dos testes estatísticos e a precisão dos estimadores devido a não existir perda de dados para análise estatística.

Alguns exemplos desta abordagem de reposição das perdas de seguimento com o resultado de recaída podem ser vistos em Bottlender e Soyka (2005 a), Bottlender e Soyka (2004), DeSousa e DeSousa (2004), Barrias et al. (1998), Besson et al. (1998), sendo esta abordagem do cenário mais pessimista aconselhada por metodologistas da área epidemiológica como Haynes et al. (2006).

Do mesmo modo, no nosso estudo vamos considerar uma variável de resultado aos 6 meses após admissão ao tratamento ambulatorio, que distingue o sucesso dado por o doente não ter tido qualquer recaída pesada, do insucesso dado pelo doente poder ter tido pelo menos uma recaída pesada, quer esta recaída tenha sido de facto observada, quer tenha sido associada a perda de seguimento.

3.4.2.3 – Abstinência de qualquer quantidade de consumo de álcool

Esta é uma das variáveis mais importantes em estudos de alcoologia, sendo uma variável utilizada com importância primária em diversos estudos de tratamento de doentes com SDA, por exemplo, em Buri et al. (2007), Feeney

et al. (2006), Walter et al. (2006), Bottlender e Soyka (2005a,b), Verheul et al. (2005), Mann et al. (2004), Barrias et al. (1998), Besson et al. (1998).

O consumo de qualquer quantidade de álcool num doente em recuperação com SDA é tão importante, que o tratamento tradicional da dependência do álcool promove que a abstinência ao longo da vida é solução para o problema, assim como, qualquer retorno ao consumo leva à recaída (Waisberg, 1990).

Waisberg (1990) refere ainda o axioma "*first drink than drunk*" que significa que se o doente alcoólico abstinente beber uma única bebida com álcool, então vai ter como consequência imediata recair no consumo excessivo pesado de álcool. Segundo Waisberg (1990) os doentes que nunca ouviram falar deste axioma, ou que não acreditam nele, são doentes mais verosímeis de recaírem que os que acreditam no axioma.

Stockwell et al. (1983) observaram ainda que existem diversas investigações que mostraram que um nível grave de dependência de álcool está associado a uma fraca possibilidade de consumo controlado. Também do ponto de vista dos AA, algo menos que a abstinência completa é considerado como insucesso (Ellis; McClure, 1992).

No estudo de Mann et al. (2005) foi observado que num longo período de seguimento de 16 anos após internamento de 4 semanas de doentes dependentes de álcool, o grupo de doentes que melhoraram apresentando um consumo controlado não foi um grupo nada consistente ao longo do tempo, acabando por polarizar em duas direcções: abstinência total ou recaída efectiva.

Tal como para a variável abstinência de consumo pesado, a abstinência de qualquer consumo de álcool será uma variável utilizada considerando a versão mais pessimista das perdas de seguimento serem consideradas recaídas *Worst case scenario* (Haynes et al., 2006).

3.4.2.4 - Tempo cumulativo de abstinência no geral e acima da média de todos os doentes em estudo

O tempo cumulativo de abstinência de qualquer quantidade de álcool é uma variável que surge directamente da aplicação do TLFB, sendo dada pelo total dos dias de abstinência conseguidos ao longo dos 6 meses de tratamento e tendo sido calculada pela soma de todos os períodos de abstinência conseguidos ao longo do tratamento (independentemente do doente ter recaído ou não). Esta variável é frequentemente utilizada em estudos de alcoologia, por exemplo em Laaksonen et al. (2007), Feeney et al. (2006), Barrias et al. (1998), Besson et al. (1998).

No nosso estudo e para efeitos práticos de análise estatística de identificação de factores de prognóstico, vamos considerar o tempo cumulativo de abstinência classificado em tempo cumulativo acima da média da amostra e tempo até à média da amostra. Com este procedimento vamos descriminar mais eficientemente os doentes que tiveram mais tempo de abstinência ao longo do tratamento, daqueles doentes que tiveram tempos de abstinência mais baixos. Note-se ainda que, os doentes com tempos de abstinência acima da média incluem todos os doentes que no final dos 6 meses de tratamento não recaíram em qualquer quantidade de álcool, para além dos recaídos com tempos cumulativos de abstinência mais elevados.

3.4.2.5 - Recaída em mais de um dia seguido com qualquer quantidade de álcool

Segundo Waisberg (1990) deve ser distinguido o “lapso” da “recaída” no sentido em que o lapso é um processo, comportamento ou evento que pode levar ou não ao resultado de recaída, ou seja, pode levar ou não a um completo retorno ao padrão de abstinência.

Deste modo, pensamos que um aspecto técnico que nos pode ajudar a distinguir o lapso da verdadeira recaída, para além da já mencionada variável

retorno a consumo pesado, é medirmos a duração máxima de todas as recaídas com qualquer quantidade de álcool, após o qual vamos classificá-la nas categorias de “abstinente ou com recaída com duração até 1 dia” (abstinente com eventual indicação de lapso) versus “recaída máxima superior a um dia” (indicador de recaída mais efectiva).

3.4.2.6 – O doente ter pelo menos um PLA no ARPQ aos 6 meses

O facto de o doente não ter qualquer PLA aos 6 meses de tratamento pode ser um indicador de bom resultado ao tratamento. Deste modo, e complementarmente, vamos utilizar uma variável indicadora de o doente ter pelo menos um PLA aos 6 meses a partir do questionário ARPQ medido aos 6 meses. Mais concretamente, se um doente assinalar que não tem qualquer problema ligado ao álcool nas 11 questões do ARPQ então vamos assumi-lo como um resultado de sucesso. Caso contrário, se o doente tiver aos 6 meses pelo menos 1 dos 11 problemas possíveis, ou não possuímos informação para esse doente, vamos assumir de acordo com o *Worst case scenario* que é um resultado de insucesso, e como tal, assumimos que o doente tem pelo menos um PLA aos 6 meses.

Esta variável binária indicadora de PLA já foi previamente utilizada como variável primária de resultado, no estudo de Kiritzé Topor et al. (2004) desenvolvido em ambiente de cuidados de saúde primários.

3.5 – Técnicas estatísticas

As técnicas estatísticas indicadas para este estudo acompanham o padrão de análise de um estudo epidemiológico de coorte com componente prospectiva, podendo as técnicas de análise na sua generalidade serem encontradas em Oliveira (2009), Aguiar (2007) ou Altman (1991). No entanto vamos fazer

uma breve síntese das técnicas que foram utilizados, assim como, alguma da literatura estatística de referência desta matéria.

Foi efectuada análise de sobrevivência de Kaplan Meier com teste Log Rank para relacionar os factores de prognóstico com o tempo até ao primeiro consumo pesado (Haynes et al., 2006; Pocock, 1983). Nesta análise de sobrevivência os factores de prognóstico numéricos foram incluídos na análise com os dados agrupados em categorias.

A análise de regressão múltipla de Cox foi usada para estimar o risco relativo de recaída em consumo pesado *Hazard Ratio* (HD), assim como, para ensaiar um modelo de prognóstico da recaída em consumo pesado aos 6 meses. A análise de regressão de Cox – *Proportional Hazards Model* - surge como uma das várias estratégias de controlo do confundimento sugeridas por Rothman et al. (2008), Haynes et al. (2006) e Kleinbaum e Klein (2005). Ou seja, através deste método de regressão é possível determinar o efeito de um dado factor na sobrevivência (abstinência de consumo pesado), ajustado para o eventual confundimento de outros factores envolvidos no modelo. Como já referido, o termo factor de confundimento surge a representar um factor que pode estar associado simultaneamente ao resultado de saúde, por exemplo, a sobrevivência, assim como, ao factor de exposição (Rothman et al., 2008; Haynes et al., 2006; Last, 2001; Brownson; Petiti, 1998; Beaglehole et al., 1993).

Em relação à validade do modelo de Cox (funções hazard proporcionais), utilizou-se o teste da razão de verosimilhanças conjuntamente com a avaliação do paralelismo das curvas logarítmicas $\text{Ln}(-\text{Ln})$ da sobrevivência (Kleinbaum; Klein, 2005).

Foram utilizadas tabelas de cruzamento com teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para relacionar factores de prognóstico categóricos com as variáveis categóricas binárias de resultado (Pocock, 1983), ou seja, para as

variáveis indicadoras do doente ter estado abstinente de consumo pesado, ter estado abstinente de qualquer consumo de álcool, o doente ter tido um tempo cumulativo de abstinência acima da média da amostra, o doente ter tido um tempo máximo de recaída superior a 1 dia e o doente ter tido pelo menos 1 problema ligado ao álcool aos 6 meses.

Para os factores de prognóstico numéricos foi efectuada análise da área sob a curva ROC – *Receiver Operating Characteristic* (Haynes et al., 2006) em que valores desta área mais próximos de 1 e afastados de 0,50 (valor de hipótese nula) representam um maior poder discriminante do factor numérico para o resultado binário. Para estes factores numéricos com os dados agrupados em categorias foram determinadas ainda tabelas de cruzamento com teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher (Pocock, 1983).

Todas estas análises dos factores de prognóstico numéricos envolvendo curvas ROC e testes do Qui quadrado ou exacto de Fisher foram efectuadas para as variáveis resultado binárias, ou seja, para as variáveis indicadoras do doente ter estado abstinente de consumo pesado, ter estado abstinente de qualquer consumo de álcool, o doente ter tido um tempo cumulativo de abstinência acima da média da amostra, o doente ter tido um tempo máximo de recaída superior a 1 dia e o doente ter tido pelo menos 1 problema ligado ao álcool aos 6 meses.

Foram utilizados o risco relativo (HD) e odds ratio (OR) (assim como os seus intervalos de confiança a 95%) como medidas quantificadores da força da associação entre os factores de prognóstico e os resultados (Rothman et al., 2008; Haynes et al., 2006; Last, 2001; Pocock, 1983).

A análise de regressão logística múltipla binária foi utilizada para determinar os OR dos factores de prognóstico nas variáveis categóricas de resultado, assim como, para ensaiar um modelo de prognóstico dos eventos indicados pelas variáveis categóricas binárias de resultado (Rothman et al., 2008;

Haynes et al., 2006). A validade do modelo foi avaliada pelo teste da razão de verossimilhanças, assim como, pelo teste de Hosmer and Lemeshow, pela taxa de validade do modelo face aos eventos, e finalmente, pela área sob a curva ROC do modelo (Hosmer; Lemeshow, 1998).

Foram ainda utilizados diversas análises não paramétricas (Aguiar, 2007; Altman, 1995). As análises utilizadas envolveram o teste de Kolmogorov Smirnov para a hipótese de normalidade da distribuição, o coeficiente de correlação R de Spearman para investigar o nível de correlação entre variáveis numéricas com desvios de normalidade ou sem relação linear, o coeficiente de concordância Kappa de Cohen para medir a concordância entre variáveis categóricas, o teste Mann Whitney para comparar valores numéricos entre dois grupos independentes e o teste de Kruskal Wallis para comparar valores numéricos entre mais de dois grupos independentes.

Em termos de estratégia de análise para selecção de variáveis para análise multivariável, começou-se por efectuar análises bivariável entre cada factor de prognóstico e cada uma das variáveis de resultado. Todas as variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$), ou pelo menos com um valor p próximo do significado estatístico, digamos com $p < 0,10$, e de acordo com a sua importância na investigação, foram incluídas num modelo multivariável. Este modelo multivariável permitiu-nos identificar os factores de prognóstico estatisticamente significativos após ajustamento para outros factores, e consequentemente os factores de prognóstico estatisticamente mais importantes. Estratégias semelhantes foram utilizadas em diversos estudos de factores de prognóstico, embora com critérios ainda mais estreitos na selecção de variáveis para a análise multivariável, considerando o valor de $p < 0,05$ da análise bivariável como único critério de entrada do factor de prognóstico na análise multivariável (Terra et al., 2008; Ellis; McClure, 1992).

Para além das variáveis a incluir no modelo com $p < 0,10$, também deixou-se a possibilidade de incluir alguma variável que mesmo sem qualquer

proximidade de significado estatístico na análise bivariável, tivesse um interesse especial para a investigação, tal como por exemplo algum indicador do nível de gravidade do doente alcoólico na admissão ao tratamento, entre outras possibilidades. Uma variável como esta pode ser um importante factor de prognóstico mas também um importante factor de confundimento das exposições, e como tal, mesmo sem ser estatisticamente significativa na análise bivariável pode ser importante inclui-la num modelo múltiplo. Altman (1991) chega mesmo a comentar que podem ser incluídas num modelo múltiplo variáveis com $p < 0,20$ (ou ainda maior) da análise bivariável. Segundo este autor, ao entrar-se em conta com as inter relações entre as variáveis independentes num modelo multivariável, uma variável independente que não era estatisticamente significativa pode perfeitamente sê-lo neste modelo múltiplo.

Também, para um factor de prognóstico que fosse estatisticamente significativo em alguma das variáveis de resultado, embora não o fosse em todas, decidiu-se incluir este factor em todas as análises de regressão múltiplas de todas as variáveis resultado (mesmo que alguns valores p fossem elevados nas análises bivariáveis).

Assim, efectuou-se a selecção de variáveis para análise multivariável com algum critério de selecção, que apesar de discutível, é sempre melhor do que incluir todas as variáveis da análise bivariável na análise multivariável, ou só incluir as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas na análise bivariável. De acordo com Hosmer e Lemeshow (1989) não é conveniente colocar todas as variáveis de uma investigação num modelo múltiplo sem qualquer critério de pré selecção, uma vez que, podem-se produzir modelos múltiplos muito instáveis em termos de estimativas e erros padrão dessas estimativas, aumentando os erros padrão com um maior número de variáveis incluídas.

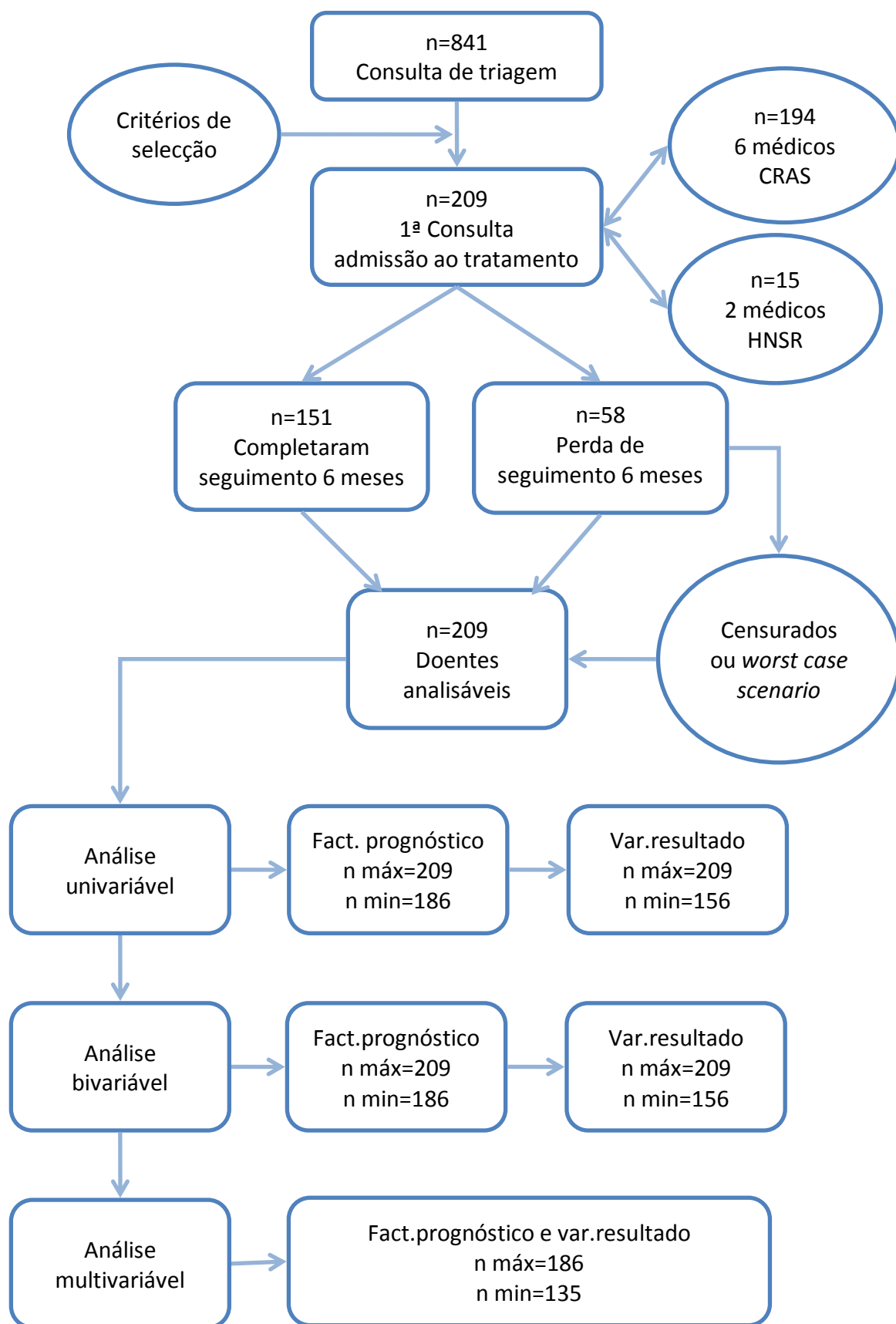
Em termos de extracção dos factores de prognóstico de maior importância, utilizou-se na análise de regressão múltipla (Cox e Logística) o método "*Backward*" do investigador, eliminando-se sempre a variável com o maior valor de p (ou entre duas variáveis com valores de p mais elevados decidia-se eliminar a menos importante para a investigação) (Hosmer; Lemeshow, 1989).

Após se terem seleccionado da análise multivariável os factores de prognóstico estatisticamente significativos, determinaram-se as taxas de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo para a presença de uma dada categoria de um factor de prognóstico face a um qualquer resultado binário expectável (Oliveira, 2009). Classificou-se como factor de prognóstico minimamente aceitável quando a sua taxa fosse superior ou igual a 60%, e considerou-se como factor suficientemente bom quando a sua taxa fosse superior ou igual a 70%.

Todas as análises foram efectuadas com o programa estatístico SPSS (Pereira, 2003; Gageiro; Pestana, 2000), versão 18, sendo utilizado o nível de significância de 5% nos testes de hipóteses bilaterais e os intervalos de confiança a 95% nas estimativas globais da taxa de recaída em consumo pesado, taxa de abstinência de consumo pesado, taxa de abstinência de consumo de qualquer quantidade, taxa de doentes com tempo cumulativo de abstinência acima da média, taxa de doentes com tempo máximo de recaída superior a um dia e taxa de doentes com pelo menos um PLA aos 6 meses. Também se determinaram os intervalos de confiança a 95% para as medidas de associação e efeito HR e OR.

O esquema seguinte ajuda-nos a compreender a evolução da amostra ao longo do estudo, o que nos vai permitir enquadrar melhor as dimensões amostrais nas diferentes fases de análise de dados.

Dos 841 doentes admitidos à consulta de triagem, 209 foram incluídos no estudo de acordo com os critérios de selecção (inclusão/exclusão). Destes 209 doentes, 194 pertencem ao CRAS com 6 médicos assistentes responsáveis pelo tratamento e 15 doentes pertencem ao HNSR com 2 médicos assistentes responsáveis pelo tratamento. Dos 209 doentes em estudo, 151 completaram o seguimento de 6 meses, enquanto que os 58 doentes com perda de seguimento foram incluídos na análise estatística como censurados (análise de Kaplan Meier e regressão de COX) e como recaídos segundo o *worst case scenario* (análises bivariável e regressão logística). Na análise univariável, para os factores de prognóstico a dimensão amostral variou entre 192 e 209 doentes, enquanto que para as variáveis de resultado a dimensão amostral variou entre 156 e 209. Na análise bivariável, os factores de prognóstico incluíram entre 186 e 209 doentes, enquanto que as variáveis de resultado incluíram entre 156 e 209 doentes. Na análise multivariável, os factores de prognóstico e as variáveis de resultado permitiram construir modelos incluindo entre 135 e 186 doentes.



4 – Apresentação de resultados

4.1 – Caracterização sócio demográfica dos doentes na admissão ao tratamento (n=209)

Iniciámos a caracterização dos doentes admitidos ao tratamento através das variáveis sócio demográficas sexo, idade, anos completos de escolaridade, nível sócio económico, pessoa co-responsável pelo doente, situação profissional, relação afectivo sexual estável e situação familiar e social. Os resultados desta caracterização sócio demográfica encontram-se apresentados no Quadro 8.

Da leitura destes resultados evidenciamos a superior percentagem de homens alcoólicos (84%) e uma tendência central na idade de todos os doentes a rondar os 41 anos, com perto de metade dos doentes (48%) a pertencerem ao grupo etário entre os 36 e os 45 anos de idade. A amplitude de variação etária foi algo extensa revelando que os doentes tinham entre 21 e 62 anos de idade.

Em relação ao nível de escolaridade os resultados revelam-nos que a tendência central de anos de escolaridade em anos completos está abaixo de 9 anos (escolaridade obrigatória) com média de cerca de 7 anos de escolaridade, tendo perto de 80% dos doentes escolaridade até aos 9 anos (78,5%) e cerca de 59% sem escolaridade obrigatória. Os resultados do nível sócio económico estão de certo modo consistentes com a escolaridade com uma elevada percentagem de doentes (61%) a pertencerem a classes mais desfavorecidas como a classe média/baixa e baixa. Estes resultados revelam-nos assim alguma tendência para um baixo nível de educação e económico dos doentes alcoólicos incluídos neste estudo.

A pessoa co-responsável pelo doente, uma das condições necessárias para inclusão do doente no estudo, foi em mais de metade dos casos o companheiro(a) ou namorado(a) com uma percentagem de 61%. Aproximadamente metade dos doentes têm emprego a tempo inteiro e com vínculo (48%). Perto de 70% dos doentes têm uma relação afectivo sexual estável (68%), com 92% dos doentes a não viverem sozinhos.

Estes resultados revelados pela tendência para os doentes não viverem sozinhos e terem relação afectivo sexual estável, assim como, terem algum nível de estabilidade profissional, podem ser eventualmente relevantes como indicadores de qualidade social, familiar e profissional geral da amostra.

Ainda um resultado consistente encontrado é que os baixos níveis sócio demográficos estão associados a escolaridade mais baixa. Mais concretamente, os níveis sócio económicos mais baixos em comparação com os mais elevados apresentaram as taxas de escolaridade obrigatória ($\geq 9^{\circ}$ ano) de 21% versus 73% ($p < 0,001$ num teste do Qui quadrado).

Quadro 8– Caracterização sócio demográfica dos doentes na admissão ao tratamento (n=209)

<i>Variável sócio demográfica (n=)</i>	<i>Categorias Da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas (n=)</i>
Sexo (n=209)	0-Masculino 1-Feminino	176 33	84,2% 15,8%	
Idade (em anos) (n=209)	1-<=35 anos 2-36-45 anos 3->=46 anos	48 100 61	23,0% 47,8% 29,2%	Média: 41,6 anos Mediana: 41,0 Desvio padrão: 8,2 Mín-Máx:21-62 (n=209)
Anos completos de escolaridade (n=209)	1-<=4 anos 2-5-9 anos 3->=10 anos 0-Sem escol obrig (<9 anos) 1-Com escol obrig (>=9 anos)	69 95 45 123 86	33,0% 45,5% 21,5% 58,9% 41,1%	Média: 7,2 anos Mediana: 6,0 Desvio padrão: 3,3 Mín-Máx: 2-17 (n=209)
Nível sócio económico de Graffard (n=209)	1-Elevado 2-Médio/elevado 3-Médio 4-Médio/baixo 5-Baixo 1-Elev+Méd/elevado 2-Médio 3-Méd/baixo+Baixo 0-Elevado até médio 1- Méd/baixo+Baixo	0 21 60 91 37 21 60 128 81 128	0,0% 10,0% 28,7% 43,5% 17,7% 10,0% 28,7% 61,2% 38,8% 61,2%	

<i>Variável demográfica (n=)</i>	<i>sócio</i>	<i>Categorias Da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas (n=)</i>
Pessoa co-responsável pelo doente (n=209)		0-Esposa/marido /namorado(a) 1-Parente 2-Filho 3-Outro (amigo, colega de trabalho, assistente social) 0-Outro co-respons. 1-Esposa/marido /namorado(a)	128 41 7 33 81 128	61,2% 19,6% 3,3% 15,8% 38,8% 61,2%	
Situação profissional (n=209)		0-Desempregado 1-Contrato precário ou tempo parcial 2-Reformado 3-Empregado a tempo inteiro e vínculo contratual 0-Sem emprego temp inteiro nem vínculo 1-Com emprego temp inteiro e vínculo	72 33 4 100 109 100	34,4% 15,8% 1,9% 47,8% 52,2% 47,8%	
Relação afectivo sexual estável (n=209)		0-Sem relação 1-Com relação	67 142	32,1% 67,9%	
Situação familiar e social (n=209)		0-Vive só 1-Vive com os pais 2-Vive em união marital ou união de facto 3-Outra situação (vive com amigos, outro parente como um tio(a)) 0-Vive com alguém 1-Vive só	17 41 140 11 192 17	8,1% 19,6% 67,0% 5,3% 91,9% 8,1%	

4.2 – História de uso de outras substâncias na admissão ao tratamento (n=209)

Começamos por descrever estatisticamente as variáveis que caracterizam a história de uso de outras substâncias, após o que fomos investigar se o uso de cocaína estava associado ao uso de heroína, e se a idade dos doentes estaria de algum modo associada a esta história de consumo de outras substâncias.

Na caracterização da história de uso de outras substâncias (Quadro 9), observamos que perto de 15%, 11%, 11% e 10% da amostra referiram já ter usado respectivamente cannabis, BZD, heroína, cocaína. O uso de tabaco foi a substância mais prevalente em toda a amostra (69%).

Quando consideramos a hipótese dos doentes terem história de uso de pelo menos uma das 5 substâncias (heroína, cocaína, cannabis, BZD e tabaco) observamos uma substancial percentagem de indivíduos, ou seja, cerca de 72%. No entanto, este valor elevado deve-se em grande parte ao tabaco, uma vez que quando consideramos a história de consumo de pelo menos uma substância diferente do tabaco então a percentagem de 72% baixa para 22%.

No que respeita a drogas mais nocivas como a heroína e a cocaína, não deixa de ter algum significado que cerca de 12% dos doentes já tenha usado pelo menos uma destas duas substâncias. Ou seja, este valor pode indicar que nesta população de estudo, cerca de 1 em cada 10 alcoólicos já teve história de uso de substâncias de extrema nocividade como a heroína e a cocaína. Observámos ainda que uso de cocaína está estatisticamente muito associado ao uso de heroína nestes doentes (coeficiente de concordância $K=0,82$; $p<0,001$). Ao compararmos a idade dos doentes com história de uso de outras substâncias versus os doentes sem história de uso, observamos consistentemente que os alcoólicos que usam outras substâncias são tendencialmente mais novos. Mais concretamente os doentes com uso de

pelo menos uma das 5 outras substâncias têm menos idade mediana (39 anos versus 45 anos ; $p<0,001$ num teste Mann Whitney), os doentes com uso de pelo menos uma das 4 substâncias com excepção do tabaco têm menos idade mediana (39 anos versus 43 anos ; $p<0,01$ num teste Mann Whitney) e os doentes com uso de cocaína e/ou heroína também têm inferior idade mediana (36 anos versus 42 anos ; $p<0,01$).

Quadro 9– História de uso de outras substâncias na admissão ao tratamento (n=209)

<i>Variável da história de uso de substância (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>
História de uso de heroína (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	187 22	89,5% 10,5%
História de uso de cocaína (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	188 21	90,0% 10,0%
História de uso de cannabis (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	177 32	84,7% 15,3%
História de uso de BZD (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	186 23	89,0% 11,0%
História de uso ou uso concomitante de tabaco (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	65 144	31,1% 68,9%
História de uso de pelo menos uma das 5 substâncias (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	58 151	27,8% 72,2%
História de uso de pelo menos uma das 4 substâncias à excepção do tabaco (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	163 46	78,0% 22,0%
História de uso de pelo menos uma das 2 substâncias heroína ou cocaína (n=209)	0-Sem hist de uso 1-Com hist de uso	184 25	88,0% 12,0%

4.3 – História de consumo de álcool na admissão ao tratamento (n=209)

A caracterização da história de consumo de álcool apresentada envolveu diversas partes que pensamos serem de especial interesse para o tema em questão. Nomeadamente, começamos por apresentar os resultados de estatística descritiva das variáveis que caracterizam o consumo, incluindo um indicador de gravidade de consumo por nós criado e que combina a duração do consumo com a quantidade de consumo num dia típico. Para além desta análise, digamos mais descritiva, fomos ensaiar algumas associações de interesse, com o objectivo de aumentarmos a nossa sensibilização acerca da amostra em estudo. Nomeadamente, começamos por investigar se a idade do doente estava associada à duração do consumo, tal como seria esperado, e fomos investigar como é que as variáveis de gravidade do consumo que envolvem a duração e a quantidade de consumo se relacionam com outras variáveis de gravidade como o facto do doente beber de manhã e/ou antes do almoço, o doente beber continuamente todos os dias e o tipo de bebida preferida. Fomos ainda relacionar a idade do primeiro consumo excessivo com outras variáveis de gravidade como o facto do doente beber de manhã e/ou antes do almoço, o doente beber continuamente todos os dias e o tipo de bebida preferida. Finalmente, fomos investigar associações estatísticas entre as variáveis da história de consumo de álcool e as variáveis da história de consumo de outras substâncias.

Os anos de consumo excessivo pesado rondaram em termos medianos os 13 anos, podendo atingir um máximo de 39 anos. Quase metade da amostra teve um consumo excessivo pesado até 10 anos (46%) sendo que 85% teve um consumo excessivo pesado até 20 anos (Quadro 10). Ao correlacionar-se os anos de consumo excessivo pesado com a idade dos doentes obteve-se uma correlação positiva e com alguma magnitude (R de Spearman=0,44; $p<0,001$), o que de certo modo reforça a validade da variável anos de consumo excessivo de álcool, dado que se espera que doentes mais velhos estejam associados a mais anos de consumo de álcool.

A quantidade de álcool em gramas num dia típico atingiu as 192 gramas/dia em termos medianos, o que representa um consumo diário próximo de 4 vezes o limite das 50 gramas para consumo excessivo pesado e perto de 10 vezes o consumo de baixo risco de 20 gramas/dia. Perto de 85% da amostra consumia diariamente mais de 100 gramas/dia de álcool. Todos estes valores dão uma ideia da nocividade do consumo destes doentes dependentes de álcool (apesar dos médicos interrogarem os doentes sobre o tempo de consumo excessivo pesado com a referência de 5 bebidas por dia, ou seja, 50 gramas/dia, 4 dos 209 doentes entraram no estudo com consumo diário entre as 35 gramas/dia e 48 gramas/dia. Estes doentes eram predominantemente do sexo feminino, 3 em 4 doentes, satisfazendo pelo menos 5 dos 7 critérios de diagnóstico do SDA segundo o DSM-IV. Relembremos ainda que segundo a OMS (WHO, 2004), para além do consumo excessivo pesado poder ser definido pelo consumo de 5 ou mais bebidas num dia de consumo pelo menos uma vez na semana, pode ainda ser definido pelo consumo diário continuado de pelo menos 3 bebidas).

Com os dados do tempo de consumo e quantidade de consumo, construímos um indicador de gravidade combinado destas duas variáveis. Começou-se por calcular o produto dos anos de consumo pela quantidade de álcool diário consumida, assumindo-se que quanto maior é o tempo de consumo e a quantidade de consumo em simultâneo, maior é a gravidade esperada para o consumo do doente. No entanto, como esta variável tem uma distribuição muito pouco normal ($p < 0,001$ num teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov), para efeitos de aproximar os valores à distribuição normal pela desejável conveniência estatística, logaritmizou-se os valores obtendo-se uma versão com distribuição normal ($p = 0,81$ num teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov). Seguidamente e de modo a obter uma variação da gravidade numa escala do tipo percentual (0 a 1) e consequentemente de mais fácil leitura, dividiu-se o valor normalizado pelo máximo possível nestes doentes, isto é, pelo logaritmo do produto de 39 anos por 1080 gramas/dia

(ou seja logaritmo de base e do máximo 39 anos* máximo 1080gramas/dia). Este indicador de gravidade revelou-se bem correlacionado (R de Spearman) simultaneamente com os anos de consumo excessivo e o consumo de álcool num dia típico, respectivamente $R=0,76$ ($p<0,001$) e $R=0,62$ ($p<0,001$), e deste modo pode servir na análise de factores de prognóstico combinando estes dois aspectos individuais de gravidade. Em termos médios, o indicador de gravidade apontou para os 0,72 pontos (72%), o que pode ser revelador de um nível de gravidade algo elevado, o que está perfeitamente consistente com os resultados de elevados valores de consumo diário dos doentes e de elevadas durações em anos de consumo excessivo pesado. Ao dividir-se a amostra no ponto de corte de 0,75 do indicador de gravidade, obteve-se que 37% dos doentes tinham uma gravidade, digamos ainda mais extrema.

A idade do primeiro consumo excessivo pesado (determinado a partir da idade do doente menos os anos de consumo excessivo pesado) foi de 27 anos em termos medianos, podendo variar entre os 10 e os 55 anos. Observou-se ainda que cerca de 8% da amostra revelou ter tido um primeiro consumo excessivo pesado com menos de 18 anos de idade.

Antes dos doentes entrarem em tratamento, estiveram em termos medianos 10 dias sem beber, sendo que perto de 66% da amostra esteve mais de uma semana sem beber antes de entrar em tratamento. O tipo de bebida com álcool mais preferida foi a cerveja seguida do vinho e finalmente as bebidas destiladas e fortificadas. Cerca de 85% da amostra consome preferencialmente cerveja ou vinho, ou seja, bebidas de acesso mais facilitado em termos económicos, o que de certo modo nos parece estar consistente com a tendência observada para os doentes em estudo terem um nível sócio económico algo mais desfavorecido.

O padrão de frequência de consumo é predominantemente diário (91%), com 75% dos doentes a consumirem álcool pela manhã e/ou antes do almoço. Estes resultados sugerem um nível de gravidade tendencialmente elevado, o

que também está consistente com os relativamente elevados resultados do tempo de consumo em anos e da quantidade de álcool consumida diariamente, assim como, do indicador de gravidade que combina a duração com a quantidade de consumo.

Fomos ainda relacionar estatisticamente as variáveis quantidade de álcool consumida num dia típico e o indicador de gravidade que combina o tempo de consumo e quantidade de álcool, com as variáveis indicadoras de consumo de manhã e/ou antes de almoço, o padrão de consumo diário e o tipo de bebida preferida. Os únicos resultados com algum interesse sugerem que quem bebe de manhã e/ou antes do almoço pode ter algo mais gravidade (medianas do indicador de gravidade de 0,73 versus 0,71 ; $p=0,05$ num teste de Mann Whitney) e quem consome diariamente também pode ter mais gravidade em comparação com quem bebe ao fim de semana ou episodicamente (medianas do indicador de gravidade de 0,73 versus 0,68 ; $p<0,05$ num teste de Mann Whitney). O sentido destas diferenças foi consistente com a quantidade de álcool num dia típico, ou seja, quem consome mais num dia típico são os doentes que consomem de manhã e/ou antes do almoço, assim como, os doentes que consomem diariamente. No entanto, para a quantidade consumida as diferenças não atingiram significado estatístico. Também, quem consome bebidas destiladas ou fortificadas consome mais quantidade de álcool num dia típico em comparação com quem bebe vinho ou cerveja (mediana 204 g/d versus 192 g/d), embora estas diferenças também não tenham tido significado estatístico.

Também, fomos relacionar os anos de consumo excessivo de álcool com as mesmas variáveis indicadoras de consumo de manhã e antes de almoço, o padrão de consumo diário e o tipo de bebida preferida. Os resultados foram bastante relevantes mostrando que quem consome diariamente consome à mais anos em termos medianos (14 anos versus 10 anos ; $p<0,05$ num teste de Mann Whitney), quem consome vinho ou cerveja consome à mais anos

em termos medianos em comparação com quem consome bebidas destiladas ou fortificadas (medianas de 10, 15 e 14 anos respectivamente para bebidas destiladas+fortificadas, vinho e cerveja ; $p<0,05$ num teste de Kruskal Wallis), observando-se ainda alguma tendência estatística para quem bebe de manhã também beber à mais anos (mediana de 15 anos versus 10 anos ; $p<0,10$). Estes resultados dão alguma consistência de uma maior gravidade de duração de consumo de álcool estar mais associado ao padrão de consumo diário e a bebidas de mais fácil acesso económico como a cerveja e o vinho. Também, os consumidores de álcool pela manhã e/ou antes do almoço poderão estar associados a mais tempo de consumo excessivo de álcool.

No que diz respeito à idade do primeiro consumo excessivo pesado, foi curioso observar que não se encontrou associada com significado estatístico com o padrão de consumo diário e o facto de beber de manhã e/ou antes do almoço. No entanto, a cerveja parece estar estatisticamente associada a uma inferior idade do primeiro consumo pesado, enquanto que o vinho está mais associada a uma superior idade do primeiro consumo (26, 28 e 30 anos respectivamente para cerveja, bebidas destiladas+fortificadas e vinho; $p<0,01$ num teste de Kruskal Wallis). Este resultado pode sugerir assim um início mais precoce do *binge drinking* com recurso à cerveja, uma bebida que como já referimos é de acesso fácil em termos culturais e económicos.

Para além destes resultados fomos ainda investigar possíveis associações estatísticas entre estas variáveis de consumo de álcool e a história de uso de cocaína e/ou heroína, a história de uso de pelo menos uma das quatro substâncias sem o tabaco (cocaína, heroína, cannabis e BZD) e finalmente, a história de uso de pelo menos uma das outras 5 substâncias diferentes do álcool. Os únicos resultados relevantes encontrados foram que quem tem história de uso de pelo menos uma das quatro substâncias bebe menos antes do almoço (63% de consumo de álcool antes do almoço versus 78%; $p=0,04$ num teste do Qui quadrado), quem tem história de uso de pelo menos uma

das cinco substâncias bebe mais cerveja e menos bebidas destiladas, fortificadas e vinho (54% de consumo de cerveja versus 28% para quem não tem história de uso de substâncias, $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado) e quem usou pelo menos uma das cinco substâncias tem inferior idade mediana do 1º consumo pesado (27 anos para quem tem história de uso de pelo menos uma das 5 substâncias versus 33 anos; $p < 0,001$ num teste de Mann Whitney). Alguns destes resultados podem sugerir assim uma associação negativa entre o consumo de outras substâncias e o consumo de álcool, nomeadamente, quem consome outras substâncias bebe menos antes do almoço e bebe bebidas de inferior teor alcoólico como a cerveja. No entanto, estes resultados também sugerem que são os doentes que começaram a beber mais novos que tendencialmente consomem outras substâncias para além do álcool.

Quadro 10– História de consumo de álcool na admissão ao tratamento (n máximo=209)

<i>Variável da história de consumo de álcool (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
Anos de consumo excessivo pesado (n=209)	1-<=10 anos cons 2-11-20 anos cons 3->20 anos cons	95 83 31	45,5% 39,7% 14,8%	Média: 13,4 anos Mediana: 13,0 Desvio padrão: 7,7 Mín-Máx:1-39 (n=209)
Quantidade em gramas num dia típico de consumo (n=207)	1-<=100 g/dia 2-101-200 g/dia 3-201-300 g/dia 4->300 g/dia	32 82 52 41	15,5% 39,6% 25,1% 19,8%	Média: 225,0 g/dia Mediana: 192,0 Desv padr: 134,4 Mín-Máx:35-1080 (n=207)
Indicador combinado de gravidade Ln (anos consumo * Consumo diário álcool em gramas dia) / Ln (39anos*1080 gramas) (de 0 a 1 máx gravidade) (n=207)	0-<0,75 1->=0,75	130 77	62,8% 37,2%	Média: 0,72 Mediana:0,72 Desv padr: 0,08 Mín-Máx:0,44-0,89 (n=207)

<i>Variável da história de consumo de álcool (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
Idade do 1 consumo excessivo pesado em anos (n=209)	0-<mediana 27 anos 1->=mediana 27 anos	98 111	46,9% 53,1%	Média: 28,2 anos Mediana: 27,0 Desv padrão: 8,3 Mín-Máx:10-55 (n=209)
Número de dias desde a última bebida (n=209)	1-1-7 dias 2-8-15 dias 3-16-30 dias 4->30 dias 0->7 dias 1-1-7 dias	72 63 39 35 137 72	34,4% 30,1% 18,7% 16,7% 65,6% 34,4%	Média: 21,3 dias Mediana: 10,0 Desv padrão: 30,7 Mín-Máx:1-210 (n=209)
Tipo de bebida preferida (n=209)	1-Destilada (aguardentes, whisky, gin, vodka) 2-Fortificada 3-Vinho 4-Cerveja 1-Destilada+fortific 2-Vinho 3-Cerveja	27 4 80 98 31 80 98	12,9% 1,9% 38,3% 46,9% 14,8% 38,3% 46,9%	
Padrão de frequência de consumo (n=209)	0-Diário 1-Fim-de-semana 3-Episódico 0-Não diário 1-Diário	190 11 8 19 190	90,9% 5,3% 3,8% 9,1% 90,9%	
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço (n=209)	0-Não consome 1-Consome	53 156	25,4% 74,6%	

4.4 – Caracterização dos tratamentos anteriores à admissão ao tratamento (n=209)

Para além da análise estatística descritiva de caracterização dos tratamentos anteriores, fomos ainda investigar algumas associações entre as variáveis presença de tratamento anterior, tratamento prévio com DIS e participação prévia em AA, relativamente ao tempo de abstinência máximo anteriormente conseguido. Com estas análises desejávamos observar se alguma forma de tratamento prévio (incluído AA) estaria de certo modo associado a mais abstinência prévia. Para além deste aspecto, fomos ainda investigar possíveis associações entre a abstinência máxima conseguida anteriormente e indicadores de gravidade do consumo tais como a duração e quantidade de consumo, entre outros.

Aproximadamente metade da amostra já tinha estado em tratamento antes de entrar no estudo (51%), sendo que 18% de todos os doentes já tinham feito pelo menos um tratamento em internamento (Quadro 11).

Em relação às abstinências conseguidas, mais de metade da amostra nunca tinha estado abstinente (57%), com 31% da amostra a conseguir estar abstinente 6 meses e 8% com abstinência superior a 1 ano.

Dois resultados muito relevantes surgiram da comparação de doentes que fizeram tratamento anterior versus os que não fizeram tratamento anterior relativamente ao tempo de abstinência máximo anteriormente conseguido (Quadro 12). Por um lado, a mediana do tempo máximo de abstinência é superior no grupo dos tratados (28 dias versus 0 dias, $p < 0,001$), e por outro lado, a taxa de abstinência de pelo menos 1 dia é superior nos doentes tratados (63% versus 21%, $p < 0,001$). Estes resultados evidenciam a importância do tratamento para um melhor resultado, no sentido em que os doentes anteriormente tratados estavam estatisticamente associados a mais abstinência no passado.

11% dos doentes entrados no estudo já tinham feito tratamento com DIS e 15% dos doentes já tinham participado em sessões de AA independentemente de estarem em tratamento (Quadro 11). Tal como para a variável presença de tratamento anterior, fomos comparar relativamente à abstinência máxima conseguida no passado os doentes tratados com DIS versus os outros doentes, assim como, os doentes que já tinham participado em AA versus os que nunca tinham participado (Quadro 12). Os resultados foram todos consistentes no sentido dos doentes que tinham já feito DIS tiveram superior mediana no tempo máximo de abstinência (90 dias versus 0 dias, $p<0,001$) e superior taxa de abstinência de pelo menos 1 dia (78% versus 38%, $p<0,001$), e os doentes que já tinham participado em AA também tiveram superior mediana no tempo máximo de abstinência (90 dias versus 0 dias, $p<0,001$) e superior taxa de abstinência de pelo menos 1 dia (69% versus 38%, $p=0,001$).

Todos estes resultados foram consistentes no sentido do tratamento, o tratamento com DIS e a participação em AA estarem estatisticamente associados a mais abstinência prévia.

Investigámos ainda possíveis associações estatísticas entre a abstinência máxima conseguida e alguns indicadores de gravidade tal como os anos de consumo excessivo, a idade do primeiro consumo pesado, a quantidade de álcool num dia típico, o indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária, o tipo de bebida preferida, o padrão de consumo diário e o facto do doente beber pela manhã e/ou antes do almoço. Os resultados destas análises não revelaram qualquer associação estatisticamente significativa nem qualquer tendência mais relevante ao nível descritivo.

Quadro 11– Caracterização dos tratamentos anteriores na admissão ao tratamento (n=209)

<i>Variável dos tratamentos anteriores (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
Tratamento anterior (sem entrar em conta com participação anterior em AA) (n=209)	0 – Não fez qualquer tratamento 1 – Fez tratamento anterior	103 106	49,3% 50,7%	
Fez algum dos tratamentos anter. em internamento (basta ter feito pelo menos 1 dos tratamentos em internamento para ser considerado) (n=209)	0 – Ambulatório 1 – Internamento 2 – Não fez qualquer tratamento	68 38 103	32,5% 18,2 49,3%	
Duração máxima da abstinência conseguida durante todos os tratamentos anteriores ou sem qualquer tratamento (em dias) (n=209)	0-0 dias abstinência 1-1-180 dias abst. 2-181-360 dias abst. 3->360 dias abst. 0->=1 dia abstinênc 1-0 dias abstinência	120 64 8 17 89 120	57,4% 30,6% 3,8% 8,1% 42,6% 57,4%	Média: 118,3 dias Mediana: 0,0 Desv padr: 392,1 Mín-Máx:0-3175 (n=209)
Tratamento anterior com DIS (só para quem fez tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez 1 – Fez	186 23	89,0% 11,0%	
Frequência anterior de AA (independentemente de ter feito ou não tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez 1 – Fez	177 32	84,7% 15,3%	

Quadro 12– Influência do tratamento anterior, do DIS e de AA na abstinência anteriormente conseguida (n=209)

<i>Variável dos tratamentos anteriores (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Taxa de abstinência de pelo menos 1 dia (n)</i>	<i>Mediana do tempo máximo de abstinência</i>
Tratamento anterior (sem entrar em conta com participação anterior em AA) (n=209)	0 – Não fez qualquer tratamento	21% (22)	0 dias
	1 – Fez tratamento anterior	63% (67) P<0,001 (QQ)	28 dias P<0,001 (MW)
Tratamento anterior com DIS (só para quem fez tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez	38% (71)	0 dias
	1 – Fez	78% (18) P<0,001 (QQ)	90 dias P<0,001 (MW)
Frequência anterior de AA (independentemente de ter feito ou não tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez	38%	0 dias
	1 – Fez	69% P=0,001 (QQ)	90 dias P<0,001 (MW)

% - taxa calculada dentro dos grupos comparativos de tratamento ou AA

(n) – Número de casos observado, ou seja, o numerador da taxa de abstinência

(QQ) – Teste do Qui quadrado

(MW)- Teste de Mann Whitney

4.5 – Caracterização dos problemas legais na admissão ao tratamento (n=209)

Efectuámos análise estatística descritiva das variáveis relativas aos problemas legais, ao mesmo tempo que investigámos algumas associações com estas variáveis. Mais concretamente, investigámos a concordância entre as variáveis presença de processo judicial e o doente condutor já ter sido referenciado pela polícia a conduzir com elevado nível de álcool no sangue, para além das possíveis associações entre a presença de problemas judiciais e as variáveis de gravidade do consumo, tais como a duração e a quantidade de álcool num dia típico, entre outras. Também investigámos se a presença de problemas judiciais também poderia estar associado ao consumo de outras substâncias como a heroína e a cocaína, entre outras.

Com estas análises de associação desejávamos ver a consistência dos dados no que diz respeito à esperada associação entre os problemas judiciais e o doente já ter sido referenciado pela polícia a conduzir alcoolizado. Para além disto desejávamos observar se os doentes com maior indicação de gravidade do consumo, assim como os doentes com consumo de outras substâncias teriam mais presença de problemas judiciais.

No Quadro 13 podemos encontrar informação relativa à presença de problemas legais no momento de admissão dos doentes ao estudo, revelando-se que 37% dos doentes condutores já tinham tido sido referenciados pela polícia a conduzir sob o efeito do álcool, e cerca de 30% de todos os doentes já tinham tido problemas judiciais com processo.

Ao cruzarmos estas duas variáveis observamos um suficientemente bom nível de concordância entre as mesmas ($Kappa=0,56$; $p<0,001$), observando-se ainda, que 69% dos doentes condutores referenciados pela polícia com elevada taxa de álcool no sangue tiveram um qualquer processo judicial enquanto que só em 14% dos doentes condutores e não referenciados pela polícia é que se observou a presença de processo judicial

($p < 0,001$ num teste do Qui quadrado). Estes resultados sugerem a esperada associação entre a condução sob o efeito de álcool e os consequentes problemas judiciais.

Investigou-se ainda a relação entre a presença de problemas judiciais e algumas variáveis de gravidade tal como os anos de consumo excessivo, a quantidade de álcool num dia típico, o indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária, a idade do primeiro consumo excessivo pesado, o tipo de bebida preferida, o padrão de consumo diário e o facto do doente beber pela manhã e/ou antes do almoço. Os resultados destas análises não revelaram qualquer associação estatisticamente significativa nem qualquer tendência mais relevante ao nível descritivo.

Também, fomos investigar a relação entre o uso de outras substâncias e a presença de problemas judiciais, tendo-se encontrado que quem tem história de uso de pelo menos uma das 5 outras substâncias para além do álcool tem mais risco de ter problemas judiciais, nomeadamente 35% versus 16% ($p < 0,001$ num teste do Qui quadrado). Em relação à história de uso de cocaína e/ou heroína, ou história de uso de qualquer uma das quatro substâncias sem o tabaco (cocaína, heroína, cannabis e BZD) não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, no entanto, os resultados descritivos foram todos consistentes no sentido de que quem tem história de uso de outras substâncias tem mais risco de ter tido problemas judiciais. Estes resultados podem sugerir por hipótese que quem consome outras substâncias, para além do álcool, pode ter um padrão de inferior adaptação social com uso de outras substâncias, nomeadamente drogas ilícitas, o que pode resultar em mais problemas judiciais.

Quadro 13– Caracterização dos problemas legais na admissão ao tratamento (n máximo=209)

<i>Variável dos problemas legais (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
O doente já foi referenciado pela polícia a conduzir uma viatura com nível de alcoolemia no sangue $\geq 0,50$ mg/ml (n=147 doentes condutores)	0 – Não 1 – Sim	92 55	62,6% 37,4%	
Problemas judiciais do doente devido ao consumo de álcool (incluindo condução sob o efeito de álcool, violência, etc) (n=209)	0-Já foi condenado 1-Aguarda termo de processo ou julgamento 2-Sem problemas judiciais 0-Sem probl. judic. 1-Com probl. judic.	40 22 147 147 62	19,1% 10,5% 70,3% 70,3% 29,7%	

4.6 – Avaliações laboratoriais na admissão ao tratamento (n=196)

Para além da análise estatística descritiva das avaliações laboratoriais GGT, AST, ALT e VGM, efectuamos análise de correlação entre estas variáveis de modo a investigar a consistência entre as suas medições. É esperado que valores mais elevados nestas variáveis laboratoriais representem níveis de gravidade de consumo mais elevados, e daí ser esperado encontrar correlações estatisticamente significativas entre as variáveis laboratoriais. Para além destas análises de correlação fomos ainda investigar possíveis associações com as variáveis de gravidade de consumo, incluindo a duração e a quantidade de consumo, entre outras.

As avaliações laboratoriais envolveram uma amostra mais pequena, digamos com um máximo de 196 doentes, que foi o número máximo de doentes que aceitaram efectuar essas avaliações e contribuir com a informação para o estudo. No entanto, temos evidência desta subamostra representar aproximadamente a mesma população de estudo que a amostra completa do estudo de n=209 doentes. Considerando o caso do GGT (a avaliação laboratorial mais popular em literatura de estudos de álcool) em que se observaram n=193 doentes, facilmente se prova a proximidade desta subamostra face à amostra global. Mais concretamente a amostra de n=193 avaliações de GGT face à amostra mais completa n=209 doentes tinha ligeiramente mais homens (86% versus 84%), ligeiramente mais idade mediana (42 anos versus 41 anos), ligeiramente mais co-responsável esposa/marido/namorado (63% versus 61%), ligeiramente mais tempo de consumo mediano (15 anos versus 13 anos), igual quantidade mediana de álcool num dia típico (192 gramas/dia), ligeiramente mais mediana no indicador de gravidade combinado da quantidade com o tempo de consumo (0,73 versus 0,72), igual idade mediana de primeiro consumo (27 anos), ligeiramente mais taxa de padrão de consumo diário (93% versus 91%) e finalmente, ligeiramente mais taxa de consumo de manhã e/ou antes do almoço (77% versus 75%).

Das várias avaliações laboratoriais efectuadas pode-se observar no Quadro 14 as taxas de valores aumentados de 54%, 38%, 41% e 30% respectivamente para GGT, AST, ALT e VGM. De todas as avaliações efectuadas foram os resultados do GGT que apontaram para um superior nível de gravidade, pois foi a única avaliação em que mais de metade da amostra teve um valor aumentado (superior a 1), para além de ser a única avaliação cuja própria mediana foi superior a 1 (ponto de corte para valor normal), o que representa uma tendência central de valores aumentados.

Alguma consistência de gravidade foi encontrada entre estas avaliações laboratoriais no sentido em que valores mais elevados de algumas avaliações se encontram correlacionadas no mesmo sentido com outras avaliações. Neste âmbito, encontrámos que valores mais elevados de GGT estavam correlacionados com ALT, AST e VGM respectivamente com as magnitudes de correlação de Spearman de $R=0,61$ ($p<0,001$), $R=0,53$ ($p<0,001$), $R=0,20$ ($p<0,001$). Por seu lado os valores de ALT também se correlacionaram bem com os de AST ($R=0,75$; $p<0,001$).

Fomos ainda investigar possíveis associações estatísticas entre as avaliações laboratoriais e outros indicadores de gravidade na admissão, nomeadamente, os anos de consumo excessivo, a quantidade de álcool num dia típico, o indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária, a idade do primeiro consumo excessivo pesado, o tipo de bebida preferida, o padrão de consumo diário e o facto do doente beber pela manhã e/ou antes do almoço. Os únicos resultados com interesse observados destas análises é que o GGT aumentado está mais associado a um padrão de consumo diário (96% dos doentes com GGT aumentado têm padrão de consumo diário em comparação com 89% dos doentes com GGT normal que têm o mesmo padrão de consumo diário; $p<0,05$ num teste do Qui quadrado), a mediana do GGT é superior para os doentes que bebem de manhã (1,3 versus 0,89 ; $p=0,02$ num teste Mann Whitney), o AST aumentado também está mais associado a um padrão de consumo diário (97%

dos doentes com AST aumentado têm padrão de consumo diário em comparação com 88% dos doentes com AST normal que têm padrão de consumo diário; $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado), os doentes com AST aumentado têm mais consumo mediano num dia típico (203 gramas/dia para AST aumentado versus 192 gramas/dia para AST normal; $p < 0,05$ num teste de Mann Whitney), os valores do AST encontram-se positivamente correlacionados com a quantidade de consumo num dia típico embora a magnitude desta correlação não seja muito acentuada (correlação R de Spearman de $R = 0,18$; $p < 0,05$), os doentes que bebem de manhã têm superior mediana de AST (0,82 versus 0,72, $p = 0,03$ num teste de Mann Whitney), e finalmente, os doentes com VGM aumentado têm mais tempo mediano de consumo excessivo de álcool (15 anos para VGM aumentado versus 13 anos para VGM normal; $p < 0,05$ num teste de Mann Whitney).

Os resultados destas associações estatísticas podem sugerir que o GGT está mais associado à indicações de gravidade como o doente beber diariamente e pela manhã e/ou antes do almoço, o AST também pode estar associado ao doente beber diariamente e pela manhã e/ou antes do almoço encontrando-se também associado positivamente à quantidade de álcool consumida num dia típico, e finalmente, o VGM parece estar mais associado ao tempo de consumo excessivo de álcool.

Quadro 14– Avaliações laboratoriais na admissão ao tratamento (n máximo=196)

<i>Variável das avaliações laboratoriais (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
GGT - gama glutamiltransferase (n=193)	0 - Normal (≤ 1) 1 - Aumentado (> 1)	88 105	45,6% 54,4%	Média: 2,41 Mediana: 1,27 Desv padr: 2,77 Mín-Máx: 0,15-15,20 (n=193)
AST - aspartato aminotransferase (n=194)	0 - Normal (≤ 1) 1 - Aumentado (> 1)	120 74	61,9% 38,1%	Média: 1,17 Mediana: 0,80 Desv padr: 1,14 Mín-Máx: 0,22-8,87 (n=194)
ALT - alanina aminotransferase (n=196)	0 - Normal (≤ 1) 1 - Aumentado (> 1)	116 80	59,2% 40,8%	Média: 1,23 Mediana: 0,83 Desv padr: 1,18 Mín-Máx: 0,18-7,08 (n=196)
VGM - volume globular médio (n=190)	0 - Normal (≤ 1) 1 - Aumentado (> 1)	133 57	70,0% 30,0%	Média: 0,99 Mediana: 0,97 Desv padr: 0,17 Mín-Máx: 0,35-2,37 (n=190)

4.7 – Caracterização dos 11 problemas ligados ao álcool do ARPQ na admissão ao tratamento (n=192)

Começou-se por efectuar análise estatística descritiva dos 11 PLA do ARPQ, assim como, do número total de problemas encontrado. Após esta análise descritiva, investigámos associações entre o total de PLA e os indicadores de gravidade do consumo como a duração e a quantidade consumida num dia típico, entre outros. Para além das variáveis de gravidade representativas da história de consumo, fomos ainda investigar associações entre o total de problemas encontrado e as avaliações laboratoriais também indicadoras da gravidade do consumo.

A medição dos 11 PLA na admissão (ARPQ) envolveram uma amostra mais pequena, digamos com 192 doentes. No entanto, e tal como aconteceu para as avaliações laboratoriais temos evidência desta subamostra representar aproximadamente a mesma população de estudo que a amostra completa do estudo de n=209 doentes. Mais concretamente esta amostra de n=192 medições do ARPQ face à amostra mais completa n=209, tinha igual percentagem de homens (84%), igual idade mediana (41 anos), ligeiramente mais co-responsável esposa/marido/namorado (62% versus 61%), ligeiramente mais tempo de consumo mediano (14 anos versus 13 anos), igual quantidade mediana de álcool num dia típico (192 gramas/dia), ligeiramente mais mediana no indicador de gravidade combinado da quantidade com o tempo de consumo (0,73 versus 0,72), ligeiramente mais idade mediana de primeiro consumo (28 anos versus 27 anos), igual taxa de padrão de consumo diário (91%) e finalmente, igual taxa de consumo de manhã e/ou antes do almoço (75%).

O Quadro 15 resume toda a informação relativa aos problemas relacionados com o álcool medidos em 192 doentes. Os problemas mais frequentes e por ordem de frequência revelaram-se a depressão (79%), as discussões familiares e sociais (79%), a hipótese de afastamento do ambiente familiar e

social devido às discussões (65%), os problemas com compromissos profissionais e sociais (60%) e os vômitos matinais (51%).

Aproximadamente 100% (99,5%) dos doentes tinham pelo menos um problema relacionado com o álcool, sendo que em média o doente tem em simultâneo cerca de 5 destes problemas relacionados com o álcool.

Investigou-se ainda a possibilidade do número de problemas relacionados com o álcool estar estatisticamente associado com algumas das variáveis de gravidade na admissão ao tratamento, nomeadamente os anos de consumo excessivo, a quantidade de álcool num dia típico, o indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária, a idade do primeiro consumo, o tipo de bebida preferida, o padrão de consumo diário e o facto do doente beber de manhã e/ou antes do almoço. No entanto, não se conseguiu revelar qualquer associação estatisticamente significativa nem qualquer tendência relevante ao nível descritivo. Também, o número de problemas relacionados com o álcool não se correlacionou com indicadores laboratoriais de gravidade do consumo como o GGT, ALT, AST e VGM. Todos estes resultados podem significar eventualmente que o número de problemas relacionados com o álcool medido pelo ARPQ não se associa nesta população de estudo a outros indicadores de gravidade do consumo de álcool. Ou seja, a quantidade de problemas relacionados com o álcool nos últimos 6 meses pode ser independente da quantidade e dos anos de consumo excessivo de álcool, assim como, do tipo de bebida alcoólica, do padrão de consumo continuado diário e do facto do doente beber logo pela manhã antes do almoço.

Quadro 15– Caracterização dos 11 PLA do ARPQ na admissão ao tratamento (n=192)

<i>Variável dos PLA (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
ARPQ 1 Hospitalização do doente (n=192)	0 – Problema ausente	144	75,0%	
	1 – Problema presente	48	25,0%	
ARPQ 2 Vômitos matinais (n=192)	0 – Problema ausente	95	49,5%	
	1 – Problema presente	97	50,5%	
ARPQ 3 Diarreia (n=192)	0 – Problema ausente	105	54,7%	
	1 – Problema presente	87	45,3%	
ARPQ 4 Envolvimento em acidentes com necessidade de assistência médica (n=192)	0 – Problema ausente	129	67,2%	
	1 – Problema presente	63	32,8%	
ARPQ 5 Depressão (n=192)	0 – Problema ausente	41	21,4%	
	1 – Problema presente	151	78,6%	
ARPQ 6 Auto injúria através da intoxicação alcoólica (n=192)	0 – Problema ausente	149	77,6%	
	1 – Problema presente	43	22,4%	
ARPQ 7 Problemas com compromissos profissionais e sociais (n=192)	0 – Problema ausente	76	39,6%	
	1 – Problema presente	116	60,4%	
ARPQ 8 Discussões familiares e sociais (n=192)	0 – Problema ausente	41	21,4%	
	1 – Problema presente	151	78,6%	
ARPQ 9 Comportamentos de violência familiar e social (n=192)	0 – Problema ausente	120	62,5%	
	1 – Problema presente	72	37,5%	
ARPQ 10 Hipótese de afastamento do ambiente familiar e social em consequência das discussões (n=192)	0 – Problema ausente	68	35,4%	
	1 – Problema presente	124	64,6%	

<i>Variável dos PLA (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
ARPQ 11 Problemas com a polícia (n=192)	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	146 46	76,0% 24,0%	
Soma de PLA do ARPQ (0 a 11 PLA) (n=192)	0 – abaixo de 5 problemas (mediana) 1 – igual ou superior a 5 problemas (mediana)	70 122	36,5% 63,5%	Média: 5,2 Mediana: 5,0 Desv padrão: 1,9 Mín-Máx: 0-11 (n=192)

4.8 – Caracterização dos 7 critérios de diagnóstico do SDA na admissão ao tratamento (n=192)

Esta análise envolveu uma primeira parte relativo a análise estatística descritiva dos 7 critérios de diagnóstico do SDA, assim como, do total de critérios presente por doente. Após esta primeira análise estatística, fomos investigar associações entre o total de critérios do SDA e indicadores de gravidade de consumo, tais como os indicadores da história de consumo e as avaliações laboratoriais. Para além destes, fomos ainda correlacionar o total de critérios do SDA com o total de PLA do ARPQ.

Apesar da presença de 3 critérios ser condição necessária para inclusão do doente no estudo, e tal ter sido validado pelos médicos assistentes, só foi possível ter disponível para análise dados relativos a 192 doentes, tal como aconteceu para os 11 problemas relacionados com o álcool (ARPQ). Como esta amostra é exactamente a mesma com medição dos 11 problemas do ARPQ, podemos assumir que existe evidência da amostra de n=192 doentes com medição dos 7 critérios de diagnóstico representar a amostra mais completa de n=209 doentes em estudo.

Os resultados da análise individual dos 7 critérios revelam-nos que foram todos muito prevalentes, com taxas percentuais a variar entre 100% e os 82% respectivamente para o critério 3 e o critério 6. Observa-se também que quase 100% dos doentes (99,5%) revelaram ter presente pelo menos um dos dois critérios de dependência, sendo este aspecto mais acentuado no critério 1 que respeita os aspectos de tolerância. Observa-se ainda que uma parte importante da amostra (61%) apresentou todos os 7 critérios em simultâneo. Todos estes resultados revelam-nos assim um elevado nível de gravidade da doença dos indivíduos incluídos no estudo.

Fomos ainda correlacionar o número de critérios do doente com os anos de consumo excessivo de álcool, a quantidade de álcool num dia típico, o indicador de gravidade que combina os anos de consumo com a quantidade

diária, a idade do primeiro consumo e o número de problemas relacionados com o álcool do ARPQ. Os únicos resultados com interesse foram a correlação com a quantidade de álcool num dia típico (R de Spearman=0,18; $p=0,01$) e o número de problemas relacionados com o álcool (R de Spearman=0,15; $p<0,01$), o que pode sugerir que uma maior gravidade revelada por um maior número de critérios do SDA pode estar associada a uma maior quantidade de álcool consumida, assim como mais PLA. No entanto, como se pode observar estas correlações têm uma magnitude não muito acentuada.

Encontrou-se ainda que os doentes que têm os 7 critérios em simultâneo têm mais padrão de consumo diário em comparação com quem não tem os 7 critérios (94% com consumo diário versus 85%; $p<0,05$ num teste do Qui quadrado), os doentes com os 7 critérios bebem mais antes do almoço (84% versus 60% ; $p<0,001$) e têm mais mediana de quantidade de álcool num dia típico (218 gramas/dia versus 180 gramas/dia ; $p<0,01$ num teste de Mann Whitney). Estes resultados estão assim consistentes com um maior nível de gravidade estar associado aos doentes que têm todos os 7 critérios, uma vez que foram doentes que revelaram beber mais num modo continuado diário, beber mais de manhã e/ou antes do almoço, e finalmente, beber mais quantidade de álcool num dia típico.

Para além disto fomos ainda relacionar os valores dos resultados laboratoriais GGT, AST, ALT e VGM com a presença dos 7 critérios de SDA tendo-se encontrado com significado estatístico que os doentes que tem os 7 critérios em simultâneo têm superior GGT (mediana de 1,53 versus 0,79 ; $p<0,05$ num teste de Mann Whitney), assim como superior taxa de GGT aumentado (>1) (61% versus 44% ; $p<0,05$ num teste do Qui quadrado), o que está consistente com um maior nível de gravidade dos doentes que preenchem todos os critérios de alcoolismo.

Quadro 16– Caracterização dos 7 critérios de diagnóstico do SDA na admissão ao tratamento (n=192)

<i>Variável dos critérios de SDA (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
Critério 1 SDA Dependência física – Tolerância (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	1 191	0,5% 99,5%	
Critério 2 SDA Dependência física – Abstinência (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	29 163	15,1% 84,9%	
Critério 1 ou 2 Dependência física – Abstinência ou tolerância (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	1 191	0,5% 99,5%	
Critério 3 SDA Consumo em quantidades superiores ou por período mais longo do que se pretendia (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	0 192	0,0% 100,0%	
Critério 4 SDA Desejo ou esforços sem êxito para diminuição ou controlo do consumo (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	25 167	13,0% 87,0%	
Critério 5 SDA Dispendida grande quantidade de tempo para obtenção, consumo e recuperação dos efeitos (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	33 159	17,2% 82,8%	
Critério 6 SDA Abandono de actividades sociais, ocupacionais e recreativas devido ao consumo (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	34 158	17,7% 82,3%	
Critério 7 SDA Continuidade no consumo apesar da presença de problemas persistentes e recorrentes, físico ou psicológicos (n=192)	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	16 176	8,3% 91,7%	

<i>Variável dos critérios de SDA (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
Soma de critérios (entre 3 e 7) (n=192)	0-entre 3 a 6 crit. 1-presença dos 7 critérios em simult.	75 117	39,1% 60,9%	Média: 6,3 Mediana: 7,0 Desv padr: 1,0 Mín-Máx:3-7 (n=192)

4.9 – Fármacos para controlo do consumo de álcool no período de tratamento – Dissulfiram e Acamprosato (n=209)

Começámos por efectuar a análise estatística descritiva da indicação e tempo de toma dos fármacos para controlo de consumo de álcool, após o que fomos investigar algumas associações com variáveis de gravidade da história de consumo como a duração de consumo e a quantidade num dia típico, entre outras, assim como, com a presença dos 7 critérios em simultâneo de diagnóstico do SDA. Estas análises permitiram-nos sensibilizar se existia alguma preferência para indicação destes fármacos em doentes mais graves. Para além disto, fomos ainda investigar se existia alguma tendência da indicação para DIS ser de certo modo exclusiva da indicação para ACA, ou seja, um doente ao qual é prescrito DIS teria assim tendência para não lhe ter sido prescrito ACA e vice-versa. Um outro aspecto que desejámos investigar era se existia alguma preferência de indicação para DIS para os doentes que já tinham sido tratados com DIS.

O quadro 17 resume toda a informação relativa à exposição aos fármacos para controlo de consumo DIS e ACA. Os resultados desta análise descritiva permitem-nos concluir que o DIS foi a escolha de maior indicação dos médicos, tendo sido indicado a 82% dos doentes, observando-se que perto de metade da amostra com indicação para DIS o tomou continuamente no período dos 180 dias de tratamento (mediana=179 dias). Observou-se ainda que 57% de todos os doentes tomaram este fármaco pelo menos durante 120 dias, sendo que 72% dos doentes com indicação para DIS o tomaram durante pelo menos 120 dias.

O ACA foi prescrito em inferior proporção de doentes e tomado por menos tempo em termos medianos, ou seja, só a 14% de todos os doentes é que foi prescrito ACA, sendo que o tempo mediano de toma foi 90 dias (cerca de metade do tempo mediano do DIS) para os doentes com indicação para ACA. Também se observou em comparação com o DIS uma inferior proporção de doentes a tomarem o ACA pelo menos 120 dias, ou seja, 4% e 28%,

respectivamente para todos os doentes e para os doentes com indicação para ACA.

Foi ainda importante observar que perto de 10% de todos os doentes tiveram indicação simultânea dos dois fármacos DIS e ACA (DIS+ACA), e que perto de 87% da amostra tiveram indicação para pelo menos um dos dois fármacos de controlo do consumo.

Foi-se ainda investigar se os doentes que lhes foi prescrito DIS, ACA ou DIS+ACA tinham maior gravidade ao nível dos anos de consumo excessivo, quantidade de álcool num dia típico, indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade, a idade do primeiro consumo, tipo de bebida preferida, o padrão de consumo diário, o facto de beber de manhã e/ou antes do almoço e a presença dos 7 critérios do SDA em simultâneo. Não se encontrou qualquer associação com significado estatístico (nem sequer para $p < 0,10$), apesar de se ter observado algumas tendências descritivas, por exemplo ao nível do indicador de gravidade combinado, da idade do primeiro consumo e da presença dos 7 critérios do SDA, em que se observou de modo consistente que os doentes com indicação para DIS, ACA ou DIS+ACA eram doentes com maior gravidade (mais pontuação no indicador de gravidade combinado, menos idade do primeiro consumo e mais presença dos 7 critérios de alcoolismo em simultâneo).

Motivados por este resultado fomos ainda comparar os doentes com indicação para pelo menos um dos dois fármacos DIS ou ACA (87% dos doentes) versus os doentes que não tinham indicação para qualquer um destes fármacos (13% dos doentes). Apesar dos resultados raramente atingirem significado estatístico, foram todos descritivamente consistentes no sentido em que menos indicação para medicação estava associada a doentes menos graves (vamos de seguida apresentar resultados descritivos numéricos unicamente quando se observou $p < 0,10$ e $p < 0,05$, limitando-nos a descrever o sentido descritivo dos restantes resultados). Mais

concretamente quem não teve indicação para qualquer um destes fármacos tem presente os 7 critérios de SDA em 46% dos doentes versus 63% dos doentes com os 7 critérios no grupo dos doentes com indicação para fármaco ($p < 0,10$ num teste do Qui quadrado), quem não tem indicação para qualquer medicação tem menos pontuação no indicador de gravidade combinado e são mais velhos na idade do primeiro consumo (31 anos versus 28 anos; $p < 0,10$ num teste de Mann Whitney), quem não tem indicação para qualquer medicação bebe menos de modo diário, bebe mais cerveja e menos bebidas destiladas ou fortificadas, bebe menos antes do almoço, tem menos anos de consumo excessivo e bebe menos álcool num dia típico. Em relação a este último resultado observou-se uma diferença entre medianas de 155 gramas/dia versus 192 gramas/dia ($p < 0,05$ num teste de Mann Whitney), o que sugere que a medicação para controlo do consumo de álcool é administrada em doentes com maior consumo diário.

Todos estes resultados podem-nos sugerir assim a existência de alguma tendência dos médicos indicarem os fármacos para controlo de consumo, como DIS ou ACA, em doentes com algo mais gravidade.

Também, e como seria de esperar até certo ponto, quem teve indicação para DIS tem menos probabilidade de ter tido indicação para ACA, ou seja dentro do grupo dos doentes com indicação para DIS 12% também tiveram indicação para ACA, enquanto que, dentro dos doentes que não tiveram indicação para DIS 26% tiveram indicação para ACA, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$ num teste do Qui quadrado). Este resultado pode sugerir que os médicos têm alguma preferência de tenderem na indicação exclusiva entre um dos fármacos DIS ou ACA.

Fomos ainda investigar se existia uma preferência para tratamento actual com DIS em doentes que já tinham previamente sido tratados com DIS. Os resultados mostram-nos que o tratamento actual com DIS é ligeiramente superior nos doentes que já tinham sido tratados com DIS (91% de indicação

versus 81%) embora sem qualquer significado estatístico, nem sequer para $p < 0,10$.

Quadro 17– Fármacos para controlo do consumo de álcool durante o período de tratamento (n máximo=209)

<i>Variável fármaco para controlo do consumo (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
Indicação para DIS (n=209)	0 – Não 1 – Foi prescrito	38 171	18,2% 81,8%	
Número de dias que o doente tomou DIS (n=148)	0- <120 dias de toma 1->=120 dias de toma	42 106	28,4% 71,6%	Média: 141,0 Mediana: 179,0 Desv padr: 53,6 Mín-Máx:7-180 (n=148)
Toma de DIS em 3 categorias (n=186)	0-0 dias de toma 1-<120 dias 2->=120 dias	38 42 106	20,4% 22,6% 57,0%	
Indicação para ACA (n=209)	0 – Não 1 – Foi prescrito	179 30	85,6% 14,4%	
Número de dias que o doente tomou ACA (n=29)	0- <120 dias de toma 1->=120 dias de toma	21 8	72,4% 27,6%	Média: 84,8 Mediana: 90,0 Desv padr: 52,6 Mín-Máx:20-180 (n=29)
Toma de ACA em 3 categorias (n=208)	1-0 dias de toma 1-<120 dias 2->=120 dias	179 21 8	86,1% 10,1% 3,8%	
Indicação para DIS em simultâneo com ACA (DIS+ACA) (n=209)	0 – Não 1 – Foi prescrito	189 20	90,4% 9,6%	
Indicação para pelo menos um dos fármacos DIS ou ACA (n=209)	0-Não 1-Foi prescrito	28 181	13,4% 86,6%	

Nota: em 23 dos 171 doentes com indicação para DIS não se conseguiu obter o tempo de toma de DIS tendo sido considerados omissos; 1 doente dos 30 com indicação para ACA não tem medido o seu tempo de toma de ACA sendo considerado omissos.

4.10 – Aspectos não farmacológicos do tratamento observados no período de estudo (n=209)

Para além da análise estatística descritiva dos aspectos não farmacológicos do tratamento como as consultas realizadas pelo doente, a taxa de participação do co-responsável, as fases das consultas e a participação em AA, fomos ainda investigar algumas associações envolvendo estas variáveis. Nomeadamente, fomos investigar se as fases das consultas estavam associadas à presença do co-responsável, uma vez que as fases das consultas dependem do co-responsável, e deste modo, uma associação entre estas duas variáveis dá-nos uma indicação da robustez destas duas variáveis. Fomos ainda investigar se as fases das consultas também estariam associadas ao número de consultas realizadas pelo doente. Também, e tal como aconteceu para outros factores de prognóstico, fomos investigar se o total de consultas e a participação em AA estava associada a variáveis de gravidade da história de consumo e a presença dos 7 critérios em simultâneo de diagnóstico do SDA.

Para além destas associações investigadas, fomos ainda analisar se a participação em AA estaria associada a aspectos de inferior qualidade de vida sócio demográfica, tais como os doentes viverem sós e não terem emprego a tempo inteiro e com vínculo.

Outras associações investigadas e de grande interesse para o estudo foram entre o número de consultas realizadas e a toma de fármacos para controlo do consumo. Finalmente, analisámos ainda se a presença do co-responsável nas consultas estaria associada ao tempo de toma de DIS e ACA.

Por análise do Quadro 18 podemos ficar com a ideia que em média os doentes fizeram 4 das 7 consultas previstas no período de 6 meses de tratamento, com 66% dos doentes a realizarem pelo menos estas 4 consultas. No entanto, só 2% dos doentes é que cumpriram integralmente as 7 consultas previstas.

Houve também uma excelente disponibilidade para o co-responsável participar nas sessões de consulta dado que a mediana revela uma tendência central de 100% de participação. Em 58% dos doentes houve ainda participação do co-responsável em todas as consultas realizadas e em 75% dos doentes o co-responsável participou em mais de metade das consultas. Estes valores podem sugerir a importância da presença do co-responsável nas consultas.

Em relação às fases das consultas observou-se uma tendência central de 2 fases por consulta, com 40% dos doentes a fazerem mais de 2 fases por consulta (estimado no ponto de corte 2,5 fases). Também, quando se considerou 1 fase por consulta versus mais de 1 fase, é observado que cerca de 36% dos doentes fizeram em todas as consultas uma única fase.

Determinou-se ainda uma correlação de Spearman de $R=0,43$ ($p<0,001$) entre o número de fases das consultas e a taxa de participação do co-responsável. Esta correlação positiva e estatisticamente significativa está consistente com o aspecto metodológico da 3ª e 4ª fases terem a participação necessária do co-responsável na consulta, enquanto que na 1ª ou 2ª fase o co-responsável pode ou não participar (se participa na 1ª fase com o doente, então já não participa na 2ª fase e vice versa). Na prática, se o doente faz a consulta sem o co-responsável então a sua consulta só terá a 1ª fase sendo esta obviamente sem o co-responsável. No entanto, também pode acontecer a consulta ter uma única fase e o co-responsável ao estar presente pode ter participado na consulta.

Encontrou-se também uma correlação estatisticamente significativa (embora de magnitude reduzida) entre o número de consultas e as fases das consultas (R de Spearman= $0,16$; $p<0,05$). Este resultado pode sugerir que mais fases das consultas podem estar associadas a maior realização de consultas.

A participação em sessões de AA foi bastante ligeira uma vez que só 18% destes doentes é que recorreram ao recurso AA.

Fomos ainda investigar possíveis associações entre o total de consultas realizadas pelo doente e a participação em AA relativamente a alguns indicadores de gravidade, nomeadamente os anos de consumo excessivo de álcool, a quantidade de álcool num dia típico, o indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária, a idade do primeiro consumo, o facto do doente beber pela manhã e /ou antes do almoço, a bebida preferida, o padrão de consumo diário, e a presença simultânea dos 7 critérios do SDA. Encontrou-se que os doentes com mais gravidade dado pela presença de pelo menos 0,75 pontos no indicador de gravidade realizavam mais consultas (75% de realização de pelo menos 4 consultas versus 60% de realização; $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado). Também, o valor numérico do indicador de gravidade se encontrou correlacionado com o número de consultas (R de Spearman= 0,16; $p < 0,05$). Estes resultados estatísticos pode sugerir que doentes mais graves podem ter mais motivação para adesão ao tratamento, no que diz respeito à realização de um maior número de consultas.

Fomos ainda relacionar a participação em AA com os factos dos doentes viverem sós e não terem emprego com vínculo/tempo inteiro. Não se encontrou qualquer associação com significado estatístico (nem sequer para um nível de tendência $p < 0,10$), sem qualquer tendência descritiva de maior interesse percentual.

Ainda um aspecto importante a reter, é que as consultas realizadas pelo doente também podem estar associados à toma de fármacos para controlo do consumo, facto que se prova com significado estatístico. Mais concretamente, quem teve indicação para DIS e ACA em simultâneo faz mais consultas (90% faz pelo menos 4 consultas versus 64% dos doentes sem

medicação combinada a fazerem pelo menos 4 consultas; $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado). Também, para os doentes com indicação para qualquer um dos dois fármacos, DIS ou ACA, também se observou o mesmo aspecto, ou seja, quem tem indicação para DIS ou ACA também faz mais consultas (69% faz pelo menos 4 consultas versus 46% dos doentes sem qualquer medicação a fazerem pelo menos 4 consultas; $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado).

O número mediano de consultas também está consistente com o facto dos doentes que recorrem à medicação para controlo do consumo são os que vão a mais consultas, ou seja, quem tem indicação para DIS+ACA em simultâneo realiza em termos medianos mais 1 consulta (5 consultas versus 4 consultas; $p = 0,001$ num teste de Mann Whitney) e quem tem indicação para DIS ou ACA também realiza mais 1 consulta em termos medianos e em comparação com quem não faz qualquer desta medicação (4 consultas versus 3 consultas; $p < 0,01$ num teste de Mann Whitney). Note-se que o aumento de 1 consulta em 7 possíveis representa um aumento de 14% no número de consultas o que parece bastante relevante em termos clínicos.

Também, e de modo consistente com estes resultados de associação entre a indicação para fármacos DIS e ACA com o número de consultas, encontrou-se que a taxa de realização de um maior número de consultas (pelo menos 4 consultas) é superior nos doentes com indicação para ACA (80% versus 64%; $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado), e para os doentes com indicação para DIS observaram-se as taxas de realização de pelo menos 4 consultas de 50%, 41% e 91% respectivamente para os doentes sem DIS, com DIS menos de 120 dias e com DIS pelo menos 120 dias ($P < 0,001$ num teste do Qui quadrado). Também, observou-se que para os doentes com indicação para DIS que o tempo de toma está correlacionado com alguma magnitude com o número de consultas realizadas (R de Spearman = 0,47; $p < 0,001$), enquanto que, para o ACA o tempo de toma já não está correlacionado nem sequer para um nível de tendência $p < 0,10$.

Ainda outros resultados relevantes foram que a taxa de participação do co-responsável nas consultas revelou-se correlacionada com tempo de toma de DIS (R de Spearman=0,31; $p<0,01$), o que pode sugerir que mais envolvimento do co-responsável na consultas está associado a mais tempo de toma de um fármaco como o DIS, em que é conhecido que o envolvimento do co-responsável aumenta a adesão. Para o ACA observou-se uma correlação a tender para zero e sem significado estatístico.

Quadro 18– Aspectos não farmacológicos do tratamento observados no período de tratamento (n=209)

<i>Variável dos aspectos não farmacológicos (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas(n=)</i>
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas) (n=209)	0 – de 1 a 3 consultas 1 – de 4 a 7 consultas	71 138	34,0% 66,0% (2% dos doentes fizeram as 7 consultas)	Média: 3,9 Mediana: 4,0 Desv padr: 1,5 Mín-Máx:1-7 (n=209)
Taxa de consultas com participação do co-responsável (de 0 a 100%) (n=209)	0-<=50% das consultas com co-responsável 1->50% das consultas com co-responsável 0-<100% das consultas com co-responsável 1-100% das consultas com co-responsável	52 157 88 121	24,9% 75,1% 42,1% 57,9%	Média: 79,4 Mediana: 100,0 Desv padr: 27,6 Mín-Máx:14-100 (n=209)
Média das fases das consultas (de 1 a 4) (n=209)	0-<2,5 fases por consulta 1->=2,5 fases por consulta 0- 1 fase por consulta 1- mais de 1 fase	125 84 76 133	59,8% 40,2% 36,4% 63,6%	Média: 2,1 Mediana: 1,8 Desv padr: 1,1 Mín-Máx:1-4 (n=209)
Participação em sessões de AA durante o tratamento (n=209)	0 –Não participou em nenhuma sessão 1 –Participou em pelo menos 1 sessão	171 38	81,8% 18,2%	

4.11 – Características do médico assistente observadas no período de tratamento (n=209)

Começamos por efectuar análise estatística descritiva das características do médico encarregado do tratamento de cada um dos doentes, após o que fomos investigar algumas associações com estas características. Nomeadamente, fomos investigar se os médicos eram homogéneos face à gravidade dos doentes no que diz respeito à história de consumo e critérios diagnóstico do SDA. Para além disto, fomos investigar se as fases das consultas eram diferentes entre os médicos, uma vez que é esperado que os médicos com métodos de consulta que teoricamente requerem mais fases sejam aqueles que na investigação empírica demonstrem mais fases. Também fomos comparar médicos do sexo masculino versus os do sexo feminino face às mesmas variáveis de gravidade da história do consumo e fases das consultas.

Por análise do Quadro 19 observa-se que os doentes distribuem-se em número heterogéneo pelos 8 médicos assistentes, tendo cada médico tratado entre 7 a 61 doentes. A maioria de doentes (92,3%) foi tratada por médicos do sexo masculino, sendo cerca de 66% dos doentes tratados por médicos com tempo desde a sua licenciatura mais alargado. O tempo médio desde a licenciatura dos médicos foi de 24 anos podendo variar entres 14 e 31 anos.

Um aspecto de importância para o estudo é comparar o nível de gravidade dos doentes destes 8 médicos. O Quadro 20 ajuda-nos a comparar entre os médicos a gravidade dos doentes, no que diz respeito ao tempo de consumo excessivo de álcool, a quantidade em gramas num dia típico, o indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária e o número mediano de critérios de SDA. Na generalidade dos médicos, os resultados sugerem alguma homogeneidade entre eles face à gravidade dos doentes. Apesar dos resultados sugerirem também o médico 7 ter doentes menos graves (no tempo de consumo e no indicador de gravidade), não se encontrou qualquer diferença estatisticamente significativa entre os médicos.

Para todos os médicos com informação para análise, incluindo o médico 7, foi encontrado que o número mediano de critérios de SDA foi sempre de 7 critérios, o que de facto vai no sentido de um nível de gravidade dos doentes homogéneo entre os médicos.

Ainda um aspecto importante é observar que os médicos 1 a 4 fazem tendencialmente uma fase por consulta, enquanto que os médicos de 5 a 8 fazem tendencialmente entre 3 a 4 fases, sendo no global estatisticamente significativas as diferenças ($p < 0,001$). Este resultado está consistente com o facto dos médicos 1 a 4 utilizarem o método de consulta usual com recurso a 1 ou 2 fases por consulta, enquanto que, os médicos 5 a 8 utilizam o método combinado e por etapas que pode envolver até 4 fases na mesma consulta.

Quando comparamos o nível de gravidade dos doentes entre os médicos do sexo masculino versus feminino (Quadro 21), encontramos resultados muito homogéneos, e sem diferenças estatisticamente significativas. No entanto, observou-se que os médicos do sexo feminino fazem em termos medianos consultas com menos fases, ou seja, a tenderem para uma fase, enquanto que os médicos do sexo masculino fazem 2 fases em termos medianos ($p < 0,05$). Este aspecto acaba por ter importância para a análise dos dados uma vez que 1 fase pode envolver ou não o co-responsável na consulta, enquanto que 2 fases envolvem necessariamente o co-responsável numa das duas fases.

Quadro 19– Características do médico assistente observadas no período de tratamento (n=209)

<i>Variável médico assistente (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas (n=)</i>
Médico (n=209)	1- JOCUM 2- JUCHF 3- JOPAM 4- TENOF 5- ANPAM 6- DONEM 7- FAHEM 8- MADAM	28 8 61 8 7 54 14 29	13,4% 3,8% 29,2% 3,8% 3,3% 25,8% 6,7% 13,9%	
Tempo após a licenciatura (n=209)	0-Inferior a 24 anos 1-Superior a 24 anos	72 137	34,4% 65,6%	Os 8 médicos têm um tempo médio de 24 anos, a variar entre 14 e 31 anos.
Sexo do médico (n=209)	0-Masculino 1-Feminino	193 16	92,3% 7,7%	

Quadro 20– Análise comparativa entre os 8 médicos face à gravidade dos seus doentes e fases das consultas (n máximo=209)

<i>Médico</i>	<i>Anos de consumo excessivo de álcool (Mediana) (n=209)</i>	<i>Consumo em gramas num dia típico (Mediana) (n=207)</i>	<i>Indicador de gravidade combinado 0-1 (Mediana) (n=207)</i>	<i>Número de critérios SDA 1-7 (Mediana) (n=192))</i>	<i>Fases das consultas 1-4 (Mediana) (n=209)</i>
1- JOCUM 2- JUCHF 3- JOPAM 4- TENOF 5- ANPAM 6- DONEM 7- FAHEM 8- MADAM	15,0 anos 16,5 anos 12,0 anos 13,0 anos 10,0 anos 14,5 anos 6,5 anos 14,0 anos	203 g/d 226 g/d 182 g/d 133 g/d 225 g/d 202 g/d 190 g/d 222 g/d	0,73 0,77 0,71 0,70 0,71 0,74 0,67 0,74	7 7 7 7 -- 7 7 7	1,0 1,3 1,0 1,3 3,0 4,0 3,6 2,7
Valor p (Teste de Kruskal Wallis)	0,14	0,39	0,13	0,62	<0,001

Quadro 21– Análise comparativa entre médicos do sexo masculino versus feminino face à gravidade dos seus doentes e fases das consultas (n máximo=209)

<i>Médico</i>	<i>Anos de consumo excessivo de álcool (Mediana) (n=209)</i>	<i>Consumo em gramas num dia típico (Mediana) (n=207)</i>	<i>Indicador gravidade combinado 0-1 (Mediana) (n=207)</i>	<i>Número de critérios SDA 1-7 (Mediana) (n=192))</i>	<i>Fases das consultas 1-4 (Mediana) (n=209)</i>
0– Masculino 1– Feminino	13,0 anos 13,0 anos	192 g/d 170 g/d	0,72 0,74	7 7	2,0 1,3
Valor p (Teste de Mann Whitney)	0,24	0,69	0,76	0,80	0,03

4.12 – Fármacos para tratamento de depressão e ansiedade no período de tratamento (n=209)

Começámos por efectuar análise estatística descritiva das variáveis de indicação e tempo de toma de fármacos para depressão e ansiedade, após o que fomos investigar algumas associações com estes fármacos. Nomeadamente, fomos investigar se a indicação para antidepressivos estava associada à indicação para ansiolíticos, e se a indicação para estes fármacos para depressão e ansiedade estava associada aos problemas de depressão identificados no ARPQ. Para além disto, fomos investigar se a indicação para estes fármacos estava mais associada ao sexo feminino destes doentes. Finalmente, e tal como aconteceu noutras variáveis, fomos investigar associações entre a indicação para estes fármacos para depressão e ansiedade e variáveis de gravidade envolvidas na história de consumo de álcool e presença dos 7 critérios em simultâneo do SDA.

Por análise do Quadro 22 pode-se observar as taxas de 33%, 26% e 11% respectivamente para a indicação para antidepressivos, BZD e BUSP. Observa-se ainda que, em aproximadamente metade dos doentes os médicos indicaram pelo menos um dos fármacos para estas comorbilidades psiquiátricas (49%). Em 17% dos doentes observa-se ainda a indicação simultânea de fármacos para depressão e ansiedade (BZD ou BUSP), e em 34% dos doentes foi prescrito pelo menos um dos ansiolíticos (BZD ou BUSP).

Em relação ao total da amostra observaram-se as taxas de toma por períodos pelo menos 120 dias de antidepressivos, BZD e BUSP respectivamente de 17%, 2,5% e 2%. Este resultado sugere uma superior persistência temporal na toma de antidepressivos.

Para os doentes com indicação para antidepressivos o tempo mediano de toma foi de 180 dias, sendo que, cerca de 62% dos doentes com indicação para antidepressivos o tomaram pelo menos durante 120 dias. Estes valores

também sugerem um elevado tempo de toma de antidepressivos no período de tratamento de 6 meses.

As BZD e a BUSP tiveram inferior tempo de toma em comparação com os antidepressivos, com medianas respectivamente de 30 dias e 81 dias e proporções de toma de 120 e mais dias de 12% e 25% (para quem teve indicação para cada um destes fármacos).

Estes resultados mostram assim que o recurso farmacológico antidepressivo é tomado durante mais tempo em comparação com o tempo de toma de ansiolíticos, o que pode sugerir que a depressão pode ser temporalmente mais persistente que a ansiedade nesta amostra de doentes alcoólicos.

Observa-se também uma associação estatisticamente significativa entre a indicação para antidepressivos e a indicação para um qualquer ansiolítico, ou seja, em 52% dos doentes que lhes foi prescrito antidepressivo também lhes foi prescrito ansiolítico, enquanto que só em 24% dos doentes sem antidepressivo é que lhes foi prescrito ansiolítico ($p < 0,001$ num teste do Qui quadrado). Este resultado pode sugerir que a depressão pode estar associada à ansiedade na admissão ao tratamento.

De modo a investigar a evidência de consistência destes dados de indicação para fármacos para comorbilidade psiquiátrica, fomos ainda cruzar a presença de depressão dos PLA do ARPQ com a indicação para estes fármacos, obtendo-se resultados muito consistentes. Ou seja, os doentes que manifestaram a presença de depressão no ARPQ tiveram superior indicação para antidepressivo em comparação com os doentes sem este problema (36% de indicação versus 15%; $p = 0,01$ num teste do Qui quadrado), tiveram superior indicação para pelo menos um fármaco para depressão ou ansiedade (55% de indicação versus 24%; $p = 0,001$ num teste do Qui quadrado) e tiveram superior indicação para um qualquer ansiolítico BZD ou BUSP (36% de indicação versus 17% ; $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado).

Também os doentes com depressão no ARPQ tiveram superior tempo de toma de antidepressivo e mais indicação para antidepressivo e ansiolítico em simultâneo, embora estes resultados já não tenham atingido significado estatístico.

Um aspecto importante de avaliar foi a associação do sexo feminino com a indicação para fármacos para a depressão. Os dados revelam-nos com significado estatístico que as mulheres estão mais associadas a indicação para antidepressivos (58% das mulheres tiveram indicação para antidepressivos em comparação com 28% dos homens; $p=0,001$ num teste do Qui quadrado), e tomam antidepressivos continuamente pelo menos por 120 dias em superior taxa (30% de toma de antidepressivos para as mulheres versus 15% para os homens; $p<0,01$ num teste do Qui quadrado). Em relação ao ARPQ também se encontrou de modo consistente com a indicação para antidepressivos que as mulheres têm superior taxa de problemas de depressão que os homens, embora a diferença não tenha atingido significado estatístico. Estes resultados podem-nos sugerir uma tendência para a mulher alcoólica ter mais problemas de depressão que o homem alcoólico. No entanto, em relação à indicação e tempo de toma de ansiolíticos, já não se conseguiu provar qualquer associação estatisticamente significativa com o sexo.

Tal como fizemos para outros factores de prognóstico do resultado ao tratamento, fomos ainda investigar possíveis associações entre alguns indicadores de gravidade e a presença de indicação para antidepressivos, ansiolíticos, antidepressivo e ansiolítico em simultâneo e ter sido prescrito ao doente pelo menos um destes fármacos. Tal como anteriormente, as variáveis de gravidade consideradas foram os anos de consumo excessivo de álcool, a quantidade de álcool num dia típico, o indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária, a idade do primeiro consumo, o facto do doente beber pela manhã e /ou antes do

almoço, a bebida preferida, o padrão de consumo diário, e a presença simultânea dos 7 critérios do SDA.

Destas últimas análise estatísticas, foi observado (embora sem significado estatístico) que os doentes com indicação para antidepressivos, ansiolíticos, antidepressivo e ansiolítico em simultâneo e ter sido prescrito ao doente pelo menos um dos fármacos têm superior taxa de presença dos 7 critérios de alcoolismo em simultâneo. Também foi encontrado com significado estatístico que para quem foi prescrito qualquer um dos ansiolíticos tem superior taxa de padrão de consumo diário de álcool (97% dos doentes com indicação para ansiolítico tem padrão de consumo diário de álcool versus 88% dos doentes sem indicação para ansiolítico mas com consumo diário; $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado), tendo sido observado embora sem significado estatístico, que os doentes com indicação para antidepressivos, antidepressivo e ansiolítico em simultâneo e ter sido prescrito ao doente pelo menos um dos fármacos para depressão e ansiedade, também têm superior taxa de padrão de consumo diário de álcool. Também, foi observado embora sem significado estatístico, que os doentes com indicação para antidepressivos, ansiolíticos, antidepressivo e ansiolítico em simultâneo e ter sido prescrito ao doente pelo menos um dos fármacos para depressão e ansiedade têm superior taxa de presença de consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço.

Observou-se ainda, embora sem significado estatístico, que os doentes em que lhes foi prescrito pelo menos um fármaco para depressão e ansiedade têm mais tempo mediano de consumo de álcool (15 anos versus 10 anos ; $p < 0,10$ num teste de Mann Whitney) e têm mais mediana no indicador de gravidade combinado do tempo de consumo com a quantidade de consumo num dia típico (0,74 versus 0,71 ; $p < 0,10$ num teste de Mann Whitney). Também, foi encontrado que os doentes em que lhes foi prescrito pelo menos um dos ansiolíticos têm maior mediana do indicador de gravidade combinado (0,74 versus 0,71 ; $p < 0,05$ num teste de Mann Whitney).

Para além disto, foi encontrado que os doentes com superior idade do primeiro consumo estavam associados à indicação para antidepressivos (28 anos de mediana versus 26 anos; $p < 0,05$ num teste de Mann Whitney). Observou-se ainda ao nível de tendência de significado estatístico ($p < 0,10$) que os doentes com indicação para antidepressivo concomitantemente com pelo menos um ansiolítico também eram mais velhos na idade do primeiro consumo (29 anos versus 27 anos; $p < 0,10$ num teste de Mann Whitney).

Fomos ainda comparar os doentes para os quais lhes foi prescrito BZD relativamente a estas variáveis de gravidade, não tendo sido obtido qualquer associação estatisticamente significativa. No entanto, os resultados descritivos foram todos consistentes no sentido dos doentes com indicação para BZD serem mais graves no que respeita a terem superior taxa de padrão de consumo diário, terem superior mediana no indicador de gravidade combinado do tempo de consumo com a quantidade diária, terem superior taxa de presença simultânea dos 7 critérios de diagnóstico de alcoolismo, terem superior taxa de consumo de álcool de manhã e/ou antes do almoço, terem superior tempo mediano de consumo de álcool, superior quantidade de álcool num dia típico e terem começado mais novos o consumo excessivo pesado.

A generalidade destes resultados estatísticos dão assim alguma sugestão que a indicação para fármacos para depressão e ansiedade pode ser um recurso clínico mais utilizado em doentes com algo mais gravidade, tendo-se atingido significado estatístico na situação de ter sido prescrito ao doente qualquer um dos ansiolíticos. Mais concretamente os doentes com indicação para ansiolítico seja BZD ou BUSP, revelaram com significado estatístico mais padrão de consumo diário de álcool e mais gravidade dada pelo indicador de gravidade combinado dos anos de consumo com a quantidade diária de consumo.

Quadro 22– Fármacos para tratamento de depressão e ansiedade no período de tratamento (n máximo=209)

<i>Variável fármaco para depressão e ansiedade (n=)</i>	<i>Categorias Da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas (n=)</i>
Indicação para antidepressivos (n=209)	0-Não 1-Foi prescrito	140 69	67,0% 33,0%	
Número de dias que o doente tomou antidepressivos (n=53)	0-<120 dias 1->=120 dias	20 33	37,7% 62,3%	Média: 131,8 Mediana: 180,0 Desv padr: 58,8 Mín-Máx:15-180 (n=53)
Toma de antidepressivos em 3 categorias (n=193)	0-dias de toma 1-<120 dias 2->=120 dias	140 20 33	72,5% 10,4% 17,1%	
Indicação para ansiolíticos BZD (n=209)	0-Não 1-Foi prescrito	154 55	73,7% 26,3%	
Número de dias que o doente tomou BZD (n=43)	0-<120 dias 1->=120 dias	38 5	88,4% 11,6%	Média: 51,5 Mediana: 30,0 Desv padr: 49,1 Mín-Máx:3-180 (n=43)
Toma de BZD em 3 categorias (n=197)	0- 0 dias de toma 1-<120 dias 2->=120 dias	154 38 5	78,2% 19,3% 2,5%	
Indicação para ansiolíticos-BUSP (n=209)	0-Não 1-Foi prescrito	187 22	89,5% 10,5%	
Número de dias que o doente tomou BUSP (n=16)	0-<120 dias 1->=120 dias	12 4	75,0% 25,0%	Média: 85,0 Mediana: 80,5 Desv padr: 50,8 Mín-Máx:15-180 (n=16)
Toma de BUSP em 3 categorias (n=203)	0- 0 dias de toma 1-<120 dias 2->=120 dias	187 12 4	92,1% 5,9% 2,0%	

<i>Variável fármaco para depressão e ansiedade (n=)</i>	<i>Categorias Da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas (n=)</i>
Indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) (n=209)	0-Não 1-Foi prescrito	139 70	66,5% 33,5%	
Foi prescrito ao doente antidepressivos e ansiolíticos em simultâneo (pelo menos 1 dos dois ansiolíticos) (n=209)	0-Não 1-Foi prescrito	173 36	82,8% 17,2%	
Foi prescrito ao doente pelo menos um fármaco para depressão ou ansiedade (n=209)	0-Não 1-Foi prescrito	106 103	50,7% 49,3%	

Nota: em 16 dos 69 doentes com indicação para antidepressivos não se conseguiu obter o tempo de toma de antidepressivos tendo sido considerados omissos; em 12 dos 55 doentes com indicação para BZD não se conseguiu obter o tempo de toma de BZD tendo sido considerados omissos ; em 6 dos 22 doentes com indicação para BUSP não se conseguiu obter o tempo de toma de BUSP tendo sido considerados omissos.

4.13 – Resultados aos 6 meses de tratamento (n=209)

Os resultados aos 6 meses dos doentes em tratamento encontram-se no Quadro 23. Estes resultados mostram-nos que a taxa de recaída de Kaplan Meier em consumo pesado é cerca de 23% aos 6 meses (IC(95%)=(16% ; 29%), o que sugere que no geral o tratamento teve uma importante efectividade na prevenção da recaída. Como se pode observar na Figura 1, a sobrevivência à recaída em consumo pesado tem uma descida pouco acentuada, nunca ultrapassando os 50% e como tal não existindo tempo mediano de sobrevivência. Esta descida pouco acentuada da curva pode ser explicada em parte pela efectividade geral do tratamento dos doentes, ou seja, se o tratamento no geral não tivesse qualquer efectividade poder-se-ia esperar eventualmente uma descida mais acentuada da curva de sobrevivência.

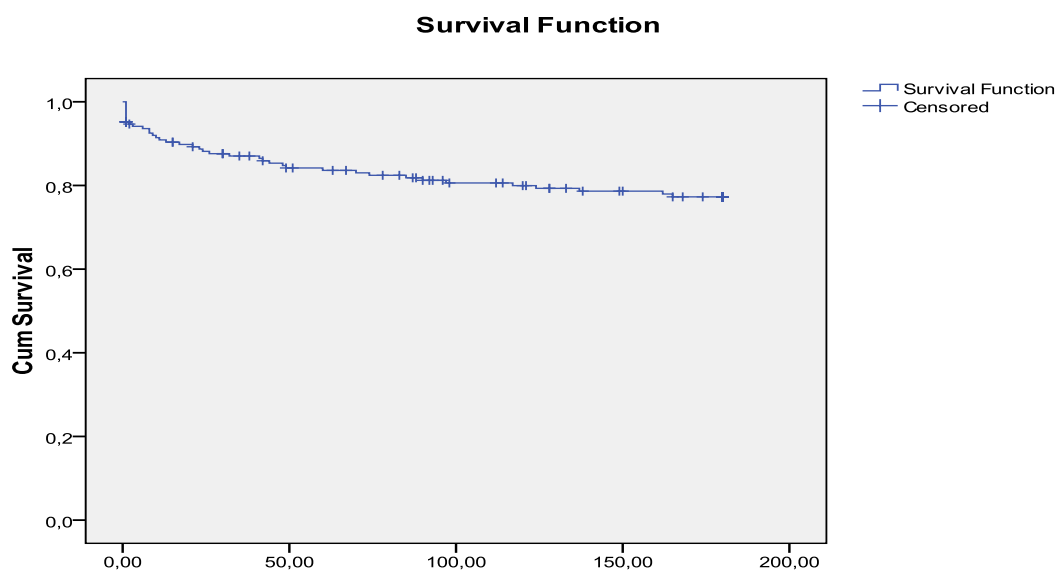


Figura 1 - Sobrevivência de Kaplan Meier do tempo até à primeira recaída $\geq 50g$

Se considerarmos a perspectiva mais pessimista (*Worst case scenario*), considerando os 58 censurados por perda de seguimento como recaídos, a taxa de recaída em consumo pesado poderá atingir o resultado menos desejável de 47%. Esta estimativa indica que numa perspectiva mais pessimista perto de 1 em cada 2 doentes acaba por recair em consumo pesado, sendo este resultado ainda mais evidente se considerarmos a recaída em qualquer quantidade de álcool (54%).

Em relação às outras três variáveis aos 6 meses, os resultados sugerem alguma informação consistente com as taxas de Kaplan Meier no sentido da indicação de efectividade geral do tratamento. Em relação ao ponto de corte da média de 131 dias da soma de todos os períodos de abstinência observados para os doentes (duração cumulativa da abstinência), registou-se que cerca de 65% dos doentes conseguiram atingir mais tempo de abstinência, ou seja, mais de metade dos doentes tiveram tempo total de abstinência mais elevado. Se considerarmos que os doentes cuja duração da recaída foi no máximo um dia, e como tal, podendo ter sido mais um lapso que uma verdadeira recaída, então, a taxa de recaída em qualquer quantidade de álcool foi de 26%. Mais de metade dos doentes (57%) não apresenta aos 6 meses qualquer um dos PLA do ARPQ, o que também vai no sentido da indicação de efectividade do tratamento, ainda mais, se atendermos que esta variável resultado está construída de acordo com o *Worst case scenario*.

Observou-se ainda para os doentes recaídos em qualquer quantidade que o tempo mediano de recaída máxima registada foi de 3 dias consecutivos, podendo atingir os 90 dias consecutivos.

Em suma, os resultados apontam uma taxa de recaída em consumo pesado mais optimista de 23% podendo chegar a um valor mais pessimista de 47%. A recaída em qualquer quantidade de álcool atingiu os 54%.

Quadro 23– Resultados aos 6 meses de tratamento de doentes com SDA (n máximo=209)

<i>Variável de resultado aos 6 meses (n=)</i>	<i>Instante de observação</i>	<i>Taxa de Sobrevivência Cumulativa de Kaplan Meier</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier</i>	
Tempo até à primeira recaída em consumo pesado (>=50 gramas/dia) (n=209)	1 mês (30 dias)	87,6%	12,4%	
	3 meses (90 dias)	81,2%	18,8%	
	4 meses (120 dias)	80,0%	20,0%	
	6 meses (180 dias)	77,3% IC(95%)= (71,0% ; 83,6%)	22,7% IC(95%)= (16,4% ; 29,0%)	

Tempo médio de Kaplan Meier até à primeira recaída em consumo pesado=149 dias (83% dos 6 meses)

<i>Variável de resultado aos 6 meses (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas (n=)</i>
Abstinência de consumo pesado (>=50 gramas/dia) (58 doentes com perda de seguimento) (n=209)	0-Não abstinente (recaído+perda de seguimento)	99	47,4% IC(95%)= (40,6% ; 54,2%)	
	1-Abstinente	110	52,6% IC(95%)= (45,8% ; 59,4%)	
Abstinência de consumo de qualquer quantidade (58 doentes com perda de seguimento) (n=209)	0-Não abstinente (recaído+perda de seguimento)	112	53,6% IC(95%)= (46,8% ; 60,4%)	
	1-Abstinente	97	46,4% IC(95%)= (39,6% ; 53,2%)	
Tempo cumulativo de abstinência acima da média da soma de todos os períodos de abstinência de qualquer quantidade (média=131 dias) (n=209)	0-Tempo até 131 dias de abstinência	74	35,4% IC(95%)= (28,9% ; 41,9%)	
	1-Tempo mais de 131 dias de abstinência	135	64,6% IC(95%)= (58,1% ; 71,1%)	

<i>Variável de resultado aos 6 meses (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Contagens: Frequências absolutas</i>	<i>Percentagens: Frequências relativas</i>	<i>Estatísticas descritivas de variáveis numéricas (n=)</i>
Ter mais de 1 dia de recaída, como tempo máximo de todas as recaídas em qualquer quantidade (n=156)	0-Não recaiu ou recaiu 1 dia	116	74,4% IC(95%)= (67,5% ; 81,2%)	Média: 13,4 dias Mediana: 3,0 Desv padr: - Mín-Máx: 1-90 (n=59 recaídos com 1 e mais dias)
	1-Recaiu mais de 1 dia	40	25,6% IC(95%)= (18,8% ; 32,5%)	
Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool aos 6 meses ARPQ (76 doentes sem informação aos 6 meses e classificados como terem pelo menos 1 problema) (n=192)	0-Sem problemas aos 6 meses	109	56,8% IC(95%)= (49,7% ; 63,8%)	
	1-Com pelo menos 1 problema	83	43,2% IC(95%)= (36,2% ; 50,3%)	

IC(95%) – Intervalo de Confiança a 95%,

Nota: os 192 doentes em que se avaliou o ARPQ aos 6 meses são os mesmos em que se tinha avaliado o ARPQ na admissão ao tratamento.

4.14 – Análise dos factores de prognóstico sócio demográficos nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Da análise de Kaplan Meier da influência dos factores sócio demográficos no tempo até à recaída em consumo pesado (Quadro 24), praticamente não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos comparativos. Alguns resultados descritivos da análise de Kaplan Meier sugerem que as mulheres recaem mais que os homens, os doentes mais novos (até 35 anos de idade) também parecem recair mais, mais escolaridade também sugere mais recaída (considerando o ponto de corte da escolaridade obrigatória), os doentes cujo co-responsável é o parceiro ou namorado recaem menos, os doentes com emprego a tempo inteiro e vínculo contratual também parecem recair menos e os doentes com relação afectivo/sexual estável também recaem menos. No entanto estes resultados não atingiram significado estatístico para $p < 0,05$.

O único resultado estatisticamente significativo da análise de Kaplan Meier efectuada prende-se com o facto da situação profissional apresentar diferenças entre as curvas de sobrevivência ($p < 0,05$), destacando-se que os reformados apresentam inferior sobrevivência e consequentemente superior taxa de incidência cumulativa de recaída em consumo pesado (100% de recaída). No entanto, devemos ter em atenção que o estudo só envolveu 4 reformados, e como tal deve-se acautelar as conclusões acerca da recaída neste grupo específico.

Quando considerada a análise dos factores de prognóstico sócio demográficos nas variáveis de resultado abstinência de consumo pesado, abstinência de qualquer quantidade de álcool, tempo cumulativo de abstinência acima da média, tempo máximo de recaída superior a 1 dia e ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool (Quadro 25), já encontramos mais associações estatisticamente significativas do que na análise Kaplan Meier.

Mais concretamente, o sexo feminino revelou-se associado a menos abstinência de consumo pesado ($p < 0,05$), estando os níveis sócio económico de Graffard mais baixos (médio baixo e baixo) também associados a piores resultados, nomeadamente a menos abstinência de consumo pesado ($p < 0,05$), menos taxa de tempo cumulativo de abstinência acima da média ($p < 0,05$) e mais taxa de PLA aos 6 meses ($p < 0,05$).

Os doentes com emprego a tempo inteiro e vínculo contratual demonstraram ter atingido superior taxa de abstinência em consumo pesado ($p < 0,05$) e inferior taxa de PLA aos 6 meses ($p < 0,05$).

Para além destes resultados, também foram encontradas tendências de associação estatisticamente significativa ($p < 0,10$) entre o sexo feminino e menos tempo cumulativo de abstinência e mais PLA aos 6 meses, assim como, os doentes mais novos terem mais PLA aos 6 meses. A pessoa co-responsável também pode influenciar eventualmente a abstinência em consumo pesado e em qualquer quantidade ($p < 0,10$), no entanto, quando dicotomizamos nas categorias parceiro/namorado versus outra, as diferenças não têm qualquer significado estatístico.

A situação profissional com as várias categorias incluindo os reformados também evidencia significado estatístico ($p < 0,05$) e tendência de significado estatístico ($p < 0,10$) respectivamente para a abstinência de consumo pesado e abstinência de qualquer quantidade, com os reformados a apresentarem a taxa mais baixa de 0% de abstinência em ambos os resultados. No entanto, devemos ter presente o reduzido número de reformados (4) nesta evidência.

Ainda um resultado curioso foi os doentes que vivem sós atingiram maior taxa de abstinência de qualquer quantidade ($p < 0,05$), sendo este resultado consistente com os resultados das outras variáveis binárias de resultado, em que os doentes que vivem sós têm sempre melhores resultados. No entanto,

para estas outras variáveis não se conseguiu atingir significado estatístico nas diferenças encontradas.

Quadro 24– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico sócio demográficos no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)

<i>Variável sócio demográfica (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Sexo (n=209)	0-Masculino (176) 1-Feminino (33)	78,1% 72,2% p=0,53	21,9% 27,8%	150,3 141,7
Idade (em anos) (n=209)	1-<=35 anos (48) 2-36-45 anos (100) 3->=46 anos (61)	73,9% 79,1% 76,5% p=0,87	26,1% 20,9% 23,5%	147,3 148,8 151,4
Anos completos de escolaridade (n=209)	1-<=4 anos (69) 2-5-9 anos (95) 3->=10 anos (45) 0-Sem escol obrig (<9 anos) (123) 1-Com escol obrig (>=9 anos) (86)	74,6% 82,4% 70,8% p=0,31 78,7% 75,2% p=0,33	25,4% 17,6% 29,2% 21,3% 24,8%	150,0 154,9 134,9 154,4 141,5
Nível sócio económico de Graffard (n=209)	1-Elev+Méd/elevado (21) 2-Médio (60) 3-Méd/baixo+Baixo (128) 0-Elevado até médio (81) 1- Méd/baixo+Baixo (128)	77,8% 77,2% 77,3% p=0,99 77,4% 77,3% p=0,96	22,2% 22,8% 22,7% 22,6% 22,7%	144,5 151,2 148,9 149,6 148,9

<i>Variável demográfica (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Pessoa co-responsável pelo doente (n=209)	0-Esposa/marido /namorado(a) (128)	78,8%	21,2%	151,3
	1-Parente (41)	67,4%	32,6%	136,6
	2-Filho (7)	66,7%	33,3%	135,5
	3-Outro (amigo, colega de trabalho, assistente social) (33)	85,6% p=0,379	14,4%	158,9
	0-Outro co-resp. (81)	74,8%	25,2%	145,5
Situação profissional (n=209)	1-Esposa/marido /namorado(a) (128)	78,8% p=0,59	21,2%	151,3
	0-Desempregado (72)	74,2%	25,8%	145,3
	1-Contrato precário ou tempo parcial (33)	85,5%	14,5%	156,4
	2-Reformado (4)	0,0%	100%	100,3
	3-Empregado a tempo inteiro e vínculo contratual (100)	79,6% p=0,03	20,4%	151,6
Relação afectivo sexual estável (n=209)	0-Sem emprego temp inteiro nem vínculo (109)	74,7%	25,3%	146,7
	1-Com emprego temp inteiro e vínculo (100)	79,6% p=0,45	20,4%	151,6
	0-Sem relação (67)	75,9%	24,1%	148,4
	1-Com relação (142)	78,1% p=0,83	21,9%	149,7

<i>Variável demográfica (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Situação familiar e social (n=209)	0-Vive só (17)	80,7%	19,3%	151,5
	1-Vive com os pais (41)	77,0%	23,0%	151,4
	2-Vive em união marital ou união de facto (140)	77,6%	22,4%	149,4
	3-Outra situação (vive com amigos, outro parente como um tio(a)) (11)	70,0% p=0,931	30,0%	136,6
	0-Vive com alguém (192)	76,9%	23,1%	148,9
	1-Vive só (17)	80,7% p=0,77	19,3%	151,5

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001, ++p<0,10, (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 25– Análise dos factores de prognóstico sócio demográficos na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209)

<i>Variável sócio demográfica (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Sexo (n=209)	0-Masculino (176) 1-Feminino (33)	55,7% 36,4%*	48,9% 33,3%	67,0% 51,5%++	24,1% 36,8%	40,4% 58,1%++
Idade (em anos) (n=209)	1-<=35 anos (48) 2-36-45 anos (100) 3->=46 anos (61)	43,8% 57,0% 52,5%	37,5% 50,0% 47,5%	54,2% 69,0% 65,6%	19,4% 26,3% 28,9%	56,8% 40,2% 37,5%
		ROC=0,54	ROC=0,55	ROC=0,55	ROC=0,54	ROC=0,57++
Anos completos de escolaridade (n=209)	1-<=4 anos (69) 2-5-9 anos (95) 3->=10 anos (45)	55,1% 53,7% 46,7%	50,7% 45,3% 42,2%	66,7% 66,3% 57,8%	28,6% 21,7% 29,0%	40,3% 44,0% 46,2%
	0-Sem escol obrig (<9 anos) (123) 1-Com escol obrig (>=9 anos) (86)	55,3% 48,8%	48,8% 43,0%	65,0% 64,0%	24,0% 28,3%	43,5% 42,9%
		ROC=0,55	ROC=0,55	ROC=0,53	ROC=0,51	ROC=0,53
Nível sócio económico de Graffard (n=209)	1-Elev+Méd/ elevado (21) 2-Médio (60) 3-Méd/baixo+ Baixo (128)	61,9% 61,7% 46,9%	61,9% 50,0% 42,2%	66,7% 75,0% 59,4%	17,6% 22,9% 28,6%	29,4% 35,1% 49,2%
	0-Elevado até médio (81) 1- Méd/baixo+ Baixo (128)	61,7% 46,9%*	53,1% 42,2%	72,8% 59,4%*	21,5% 28,6%	33,8% 49,2%*

<i>Variável sócio demográfica (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Pessoa co-responsável pelo doente (n=209)	0-Esposa/marido /namorado(a)(128)	55,5%	47,7%	68,8%	28,6%	41,2%
	1-Parente (41)	36,6%	31,7%	51,2%	28,6%	57,1%
	2-Filho (7)	42,9%	42,9%	57,1%	20,0%	42,9%
	3-Outro (amigo, colega de trabalho, assistente social) (33)	63,6% ++	60,6% ++	66,7%	12,0%	35,5%
	0-Outro correspondo. (81)	48,1%	44,4%	58,0%	20,7%	46,6%
	1-Esposa/marido /namorado(a) (128)	55,5%	47,7%	68,8%	28,6%	41,2%
Situação profissional (n=209)	0-Desempregado (72)	51,4%	47,2%	65,3%	25,0%	47,0%
	1-Contrato precário ou tempo parcial (33)	36,4%	33,3%	51,5%	30,0%	56,3%
	2-Reformado (4)	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	66,7%
	3-Empregado a tempo inteiro e vínculo contratual (100)	61,0% *	52,0% ++	69,0%	22,2%	35,2%
	0-Sem emprego temp inteiro nem vínculo (109)	45,0%	41,3%	60,6%	29,3%	50,5%
	1-Com emprego temp inteiro e vínculo (100)	61,0%*	52,0%	69,0%	22,2%	35,2%*
Relação afectivo sexual estável (n=209)	0-Sem relação (67)	53,7%	49,3%	62,7%	19,2%	43,5%
	1-Com relação (142)	52,1%	45,1%	65,5%	28,8%	43,1%

<i>Variável sócio demográfica (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Situação familiar e social (n=209)	0-Vive só (17)	70,6%	70,6%	82,4%	13,3%	31,3%
	1-Vive com os pais (41)	51,2%	43,9%	58,5%	22,6%	45,9%
	2-Vive em união marital ou união de facto (140)	51,4%	44,3%	65,7%	29,4%	43,4%
	3-Outra situação (vive com amigos, outro parente como um tio(a)) (11)	45,5%	45,5%	45,5%	12,5%	50,0%
	0-Vive com alguém (192)	51,0%	44,3%	63,0%	27,0%	44,3%
	1-Vive só (17)	70,6%	70,6%*	82,4%	13,3%	31,3%

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área>0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.15 – Análise dos factores de prognóstico associados à história de uso de outras substâncias, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Da análise de Kaplan Meier da influência da história de uso de outras substâncias no tempo até à recaída em consumo pesado (Quadro 26), não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os grupos comparativos. Alguns resultados descritivos da análise de Kaplan Meier parecem apontar que os doentes com história de uso de heroína ou cocaína têm mais incidência de recaída em consumo pesado, e o uso de tabaco pode estar associado a menos incidência de recaída em consumo pesado. No entanto, estes resultados não foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$) nem sequer ao nível de um limiar de tendência de significado estatístico ($p < 0,10$).

Com as análises das outras variáveis de resultado já se encontraram evidências mais relevantes do ponto de vista estatístico e epidemiológico (Quadro 27). Os doentes com história de consumo de pelo menos uma das cinco outras substâncias têm menos abstinência de consumo pesado ($p < 0,05$), tendencialmente podem ter menos abstinência de qualquer quantidade de álcool ($p < 0,10$), têm menos tempo cumulativo de abstinência acima da média ($p < 0,05$) e têm mais PLA aos 6 meses de tratamento ($p < 0,05$). Ou seja, estes resultados podem sugerir piores resultados para os doentes que consomem outras substâncias aditivas para além do álcool.

Os doentes com história de uso de pelo menos uma das duas substâncias heroína e cocaína também evidenciam menos abstinência em qualquer quantidade ($p < 0,05$), sendo muito evidente sob o ponto de vista estatístico a associação entre a história de uso de cocaína e piores resultados aos 6 meses de tratamento. Mais concretamente, os doentes que já consumiram cocaína (independentemente de já terem consumido outras substâncias) têm menos abstinência de consumo pesado ($p < 0,05$), têm menos abstinência de qualquer quantidade de álcool ($p < 0,01$), têm menos tempo cumulativo de

abstinência acima da média ($p < 0,05$) e tendencialmente poderão ter mais PLA aos 6 meses de tratamento ($p < 0,10$).

Contrariamente ao que aconteceu na análise Kaplan Meier, nesta análise estatística o uso de tabaco mostrou-se associado a piores resultados, ou seja, os doentes com consumo de tabaco (história ou presentemente) têm menos tempo cumulativo de abstinência acima da média ($p < 0,05$) e tendencialmente poderão ter menos abstinência de consumo pesado ($p < 0,10$) e menos abstinência de qualquer quantidade ($p < 0,10$).

Apesar de nunca se ter atingido qualquer diferença estatisticamente significativa face ao tempo máximo de recaída superior a 1 dia, o sentido das diferenças foi algo relevante do ponto de vista epidemiológico, pois foi sempre consistente em todos os resultados estatísticos no sentido da história de uso estar associado a menos duração da recaída.

Quadro 26-Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da história de uso de outras substâncias no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)

<i>Variável história de uso de outras substâncias (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
História de uso de heroína (n=209)	0-Sem hist de uso (187)	77,6%	22,4%	150,3
	1-Com hist de uso (22)	75,8% p=0,57	24,2%	138,9
História de uso de cocaína (n=209)	0-Sem hist de uso (188)	77,9%	22,1%	149,7
	1-Com hist de uso (21)	70,5% p=0,51	29,5%	145,1
História de uso de cannabis (n=209)	0-Sem hist de uso (177)	77,3%	22,7%	149,6
	1-Com hist de uso (32)	77,8% p=0,86	22,2%	147,9
História de uso de BZD (n=209)	0-Sem hist de uso (186)	77,3%	22,7%	148,9
	1-Com hist de uso (23)	77,3% p=0,98	22,7%	151,6
História de uso ou uso concomitante de tabaco (n=209)	0-Sem hist de uso (65)	74,4%	25,6%	146,6
	1-Com hist de uso (144)	78,8% p=0,59	21,2%	150,5
História de uso de pelo menos uma das 5 substâncias (n=209)	0-Sem hist de uso (58)	73,5%	26,5%	145,9
	1-Com hist de uso (151)	79,1% p=0,51	20,9%	150,7
História de uso de pelo menos uma das 4 substâncias à excepção do tabaco (n=209)	0-Sem hist de uso (163)	77,0%	23,0%	149,5
	1-Com hist de uso (46)	78,9% p=0,99	21,1%	148,5
História de uso de pelo menos uma das 2 substâncias heroína ou cocaína (n=209)	0-Sem hist de uso (184)	77,9%	22,1%	150,0
	1-Com hist de uso (25)	71,8% p=0,50	28,2%	142,2

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência) * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001, ++p<0,10, (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 27– Análise dos factores de prognóstico da história de uso de outras substâncias na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209)

<i>Variável história de uso de outras substâncias (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
História de uso de heroína (n=209)	0-Sem hist de uso (187) 1-Com hist de uso (22)	54,5% 36,4%	48,7% 27,3% ++	66,8% 45,5% *	25,7% 25,0%	41,5% 57,1%
História de uso de cocaína (n=209)	0-Sem hist de uso (188) 1-Com hist de uso (21)	55,3% 28,6% *	50,0% 14,3% **	67,0% 42,9% *	26,0% 20,0%	40,9% 61,9% ++
História de uso de cannabis (n=209)	0-Sem hist de uso (177) 1-Com hist de uso (32)	52,5% 53,1%	47,5% 40,6%	64,4% 65,6%	27,6% 13,6%	43,5% 41,9%
História de uso de BZD (n=209)	0-Sem hist de uso (186) 1-Com hist de uso (23)	53,8% 43,5%	47,8% 34,8%	65,1% 60,9%	26,1% 21,4%	42,6% 47,8%
História de uso ou uso concomitante de tabaco (n=209)	0-Sem hist de uso (65) 1-Com hist de uso (144)	61,5% 48,6% ++	55,4% 42,4% ++	75,4% 59,7% *	30,9% 22,8%	34,5% 47,0%
História de uso de pelo menos uma das 5 substâncias (n=209)	0-Sem hist de uso (58) 1-Com hist de uso (151)	63,8% 48,3% *	56,9% 42,4% ++	77,6% 59,6% *	31,4% 22,9%	31,4% 47,5% *

<i>Variável história de uso de outras substâncias (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ</i>
		<i>(n=209)</i>	<i>(n=209)</i>	<i>(n=209)</i>	<i>(n=156)</i>	<i>(n=192)</i>
História de uso de pelo menos uma das 4 substâncias à excepção do tabaco (n=209)	0-Sem hist de uso (163)	54,0%	48,5%	66,3%	27,8%	41,9%
	1-Com hist de uso (46)	47,8%	39,1%	58,7%	16,7%	47,7%
História de uso de pelo menos uma das 2 substâncias heroína ou cocaína (n=209)	0-Sem hist de uso (184)	54,9%	49,5%	66,8%	26,1%	41,7%
	1-Com hist de uso (25)	36,0% ++	24,0% *	48,0% ++	21,4%	54,2%

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias

** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias

*** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias

++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias

(.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico

% - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.16 – Análise dos factores de prognóstico associados à história de consumo de álcool, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Por análise do Quadro 28, não se consegue tirar qualquer conclusão com significado estatístico ($p < 0,05$), ou pelo menos a um nível de tendência de significado estatístico ($p < 0,10$). No entanto, e meramente em termos descritivos, os resultados parecem sugerir que em alguns indicadores, mais gravidade pode estar associado a melhor prognóstico (anos de consumo excessivo, indicador combinado de gravidade e o padrão de consumo diário), enquanto que, noutros indicadores mais gravidade pode estar associado a pior prognóstico (o tipo de bebida com mais teor de álcool como as bebidas destiladas e fortificadas, assim como, o facto do doente consumir pela manhã e/ou antes do almoço). Também é observado em termos descritivos, melhor prognóstico para os doentes que entram em tratamento com menos tempo sem beber (até 7 dias sem beber).

Quando são consideradas as variáveis resultado do Quadro 29, são revelados com significado estatístico ($p < 0,05$), ou pelo menos ao nível de tendência ($p < 0,10$), alguns resultados importantes.

Os anos de consumo excessivo de álcool revelaram um padrão de associação muito consistente com todas as variáveis de prognóstico binárias. Mais concretamente, um melhor prognóstico aumenta com os anos de consumo até aos 20 anos de consumo, tempo a partir do qual se inverte a tendência, ou seja, mais anos de consumo aparecem associados a pior prognóstico. Ao correlacionarmos os anos de consumo excessivo pesado com as variáveis numéricas duração cumulativa da abstinência e a duração máxima da recaída (entre 0 e 90 dias), para o estrato dos doentes com consumo entre 1 a 20 anos são obtidos coeficientes de correlação de Spearman $R=0,30$ ($p < 0,01$) e $R=-0,19$; ($p < 0,05$) respectivamente para a duração cumulativa da abstinência e para a duração máxima das recaídas. Estes dois resultados dão evidência que, para quem tem um consumo excessivo com duração até 20

anos, mais tempo de consumo está associado a melhor prognóstico. No entanto, quando considerado o outro estrato isoladamente (mais de 20 anos de consumo excessivo), os dois coeficientes de correlação deixam de ser estatisticamente significativos aproximando-se do valor nulo em magnitude.

O indicador combinado de gravidade de tempo de consumo com a quantidade revelou, embora só para um nível de tendência $p < 0,10$, que mais gravidade está tendencialmente associado a mais taxa de abstinência de consumo pesado e a menos taxa de recaída superior a 1 dia, consequentemente melhor prognóstico.

Quando considerado o tempo sem beber antes de entrar em tratamento, os dados revelaram que quem entra em tratamento sem beber à menos tempo (digamos até 1 semana sem beber), tem melhor prognóstico, pelo menos ao nível da abstinência de consumo pesado ($p < 0,05$) e da inferior taxa de PLA aos 6 meses de tratamento ($p < 0,05$).

O tipo de bebida com mais teor de álcool (destiladas e fortificadas) apresentaram em tendência pior prognóstico e em especial ao nível da abstinência em consumo pesado ($p < 0,10$) e abstinência de qualquer quantidade de álcool ($p < 0,10$). No entanto, quem bebe de manhã e/ou antes do almoço parece ter tendência para mais abstinência em qualquer quantidade ($p < 0,10$).

Quadro 28– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da história de consumo de álcool no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209)

<i>Variável história de consumo de álcool (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Anos de consumo excessivo pesado (n=209)	1-<=10 anos cons (95)	76,6%	23,4%	142,8
	2-11-20 anos cons (83)	77,8%	22,2%	154,1
	3->20 anos cons (31)	79,3%	20,7%	154,5
		p=0,82		
Quantidade em gramas num dia típico de consumo (n=207)	1-<=100 g/dia (32)	82,4%	17,6%	155,2
	2-101-200 g/dia (82)	73,6%	26,4%	144,2
	3-201-300 g/dia (52)	84,5%	15,5%	155,9
	4->300 g/dia (41)	72,0%	28,0%	145,3
Indicador combinado de gravidade Ln (anos consumo * Consumo diário álcool em gramas dia) / Ln (39anos*1080 gramas) (de 0 a 1 máx gravidade) (n=207)	0-<0,75 (130)	74,9%	25,1%	142,8
	1->=0,75 (77)	80,6%	19,4%	158,5
Idade do 1 consumo excessivo pesado em anos (n=209)	0-<mediana 27 anos (98)	77,6%	22,4%	151,4
	1->=mediana 27 anos (111)	76,8%	23,2%	147,1
		p=0,79		

<i>Variável história de consumo de álcool (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Número de dias desde a última bebida (n=209)	1-1-7 dias (72) 2-8-15 dias (63) 3-16-30 dias (39) 4->30 dias (35) 0- > 7 dias (137) 1-1-7dias (72)	85,1% 68,1% 78,8% 74,9% p=0,25 72,9% 85,1% p=0,13	14,9% 31,9% 21,2% 25,1% 27,1% 14,9%	156,8 136,6 152,9 151,2 144,9 156,8
Tipo de bebida preferida (n=209)	1-Destilada+fortific (31) 2-Vinho (80) 3-Cerveja (98) 0-Vinho+cerveja (178) 1-Destil+fortif (31)	71,1% 78,7% 78,2% 78,4% 71,1% p=0,46 p=0,21	28,9% 21,3% 21,8% 21,6% 28,9%	133,2 151,9 151,8 151,9 133,2
Padrão de frequência de consumo (n=209)	0-Diário (190) 1-Fim-de-semana (11) 3-Episódico (8) 0-Não diário (19) 1-Diário (190)	78,3% 66,7% 66,7% 67,3% 78,3% p=0,74 p=0,45	21,7% 33,3% 33,3% 32,7% 21,7%	149,7 138,1 147,7 143,2 149,7
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço (n=209)	0-Não consome (53) 1-Consome (156)	84,0% 75,3% p=0,29	16,0% 24,7%	158,2 146,5

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência) * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001, ++p<0,10, (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 29– Análise dos factores de prognóstico da história de consumo de álcool na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)

<i>Variável história de consumo de álcool (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Anos de consumo excessivo pesado (n=209)	1-<=10 anos cons (95)	46,3%	40,0%	56,8%	26,6%	47,7%
	2-11-20 anos cons (83)	65,1%	60,2%	79,5%	19,7%	32,1%
	3->20 anos cons (31)	38,7% *	29,0% **	48,4% ***	42,9% ++	60,7% *
		ROC=0,57 ++	ROC=0,56	ROC=0,57	ROC=0,52	ROC=0,56
Quantidade em gramas num dia típico de consumo (n=207)	1-<=100 g/dia (32)	53,1%	50,0%	62,5%	19,0%	48,4%
	2-101-200 g/dia (82)	51,2%	43,9%	65,9%	33,3%	42,7%
	3-201-300 g/dia (52)	53,8%	51,9%	57,7%	17,9%	44,0%
	4->300 g/dia (41)	56,1% ROC=0,52	43,9% ROC=0,50	70,7% ROC=0,51	21,9% ROC=0,55	38,9% ROC=0,51
Indicador combinado de gravidade Ln (anos consumo * Consumo diário álcool em gramas dia) / Ln (39anos*1080 gramas) (de 0 a 1 máx gravidade) (n=207)	0-<0,75 (130)	48,5%	43,1%	60,8%	30,1%	47,1%
	1->=0,75 (77)	61,0% ++	53,2%	70,1%	17,7% ++	36,6%
		ROC=0,55	ROC=0,54	ROC=0,56	ROC=0,55	ROC=0,55

<i>Variável história de consumo de álcool (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Idade do 1 consumo excessivo pesado em anos (n=209)	0-<mediana 27 anos (98)	48,0%	41,8%	59,2%	26,8%	48,3%
	1->=mediana 27 anos (111)	56,8%	50,5%	69,4%	24,7%	38,8%
		ROC=0,50	ROC=0,51	ROC=0,51	ROC=0,54	ROC=0,54
Número de dias desde a última bebida (n=209)	1-1-7 dias (72)	63,9%	54,2%	70,8%	24,6%	33,3%
	2-8-15 dias (63)	47,6%	42,9%	60,3%	26,1%	40,7%
	3-16-30 dias (39)	51,3%	48,7%	64,1%	25,0%	51,5%
	4->30 dias (35)	40,0% ++	34,3%	60,0%	28,0%	61,3% *
	0- > 7 dias (137)	46,7%	42,3%	61,3%	26,3%	48,8%
	1-1-7dias (72)	63,9% *	54,2%	70,8%	24,6%	33,3% *
		ROC=0,58 ++	ROC=0,55	ROC=0,53	ROC=0,51	ROC=0,61*
Tipo de bebida preferida (n=209)	1-Destilada+ fortific (31)	38,7%	32,3%	51,6%	36,8%	51,9%
	2-Vinho (80)	58,8%	52,5%	72,5%	27,3%	37,0%
	3-Cerveja (98)	52,0%	45,9%	62,2% ++	21,1%	45,7%
	0-Vinho+cerveja (178)	55,1%	48,9%	66,9%	24,1%	41,8%
	1-Destil+fortif (31)	38,7% ++	32,3% ++	51,6%	36,8%	51,9%
Padrão de frequência de consumo (n=209)	0-Diário (190)	52,6%	46,3%	63,7%	27,0%	43,7%
	1-Fim-de-semana (11)	54,5%	45,5%	81,8%	11,1%	30,0%
	3-Episódico (8)	50,0%	50,0%	62,5%	16,7%	50,0%
	0-Não diário (19)	52,6%	47,4%	73,7%	13,3%	38,9%
	1-Diário (190)	52,6%	46,3%	63,7%	27,0%	43,7%

<i>Variável história de consumo de álcool (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço (n=209)	0-Não consome (53) 1-Consome (156)	47,2% 54,5%	35,8% 50,0% ++	60,4% 66,0%	23,5% 26,2%	46,9% 42,0%

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área > 0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.17 – Análise dos factores de prognóstico associados à presença de tratamentos anteriores, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Por análise do Quadro 30, observamos que não foi encontrada qualquer associação estatisticamente significativa com o tempo até à primeira recaída em consumo pesado. Em termos descritos, os resultados parecem apontar que quem já fez qualquer tratamento anterior para o seu problema de álcool tem ligeiramente menor incidência de recaída num padrão pesado, e em especial se o tratamento anterior tiver sido efectuado em regime de ambulatório. Quem nunca teve abstinente também parece ter ligeiramente melhor prognóstico em relação a quem já teve algum tempo prévio de abstinência. Também quem já foi tratado com DIS ou já frequentou sessões de AA também parece apresentar ligeiramente melhor prognóstico. No entanto, estas sugestões de facto não têm significado estatístico, nem sequer para um nível de tendência $p < 0,10$.

Quando consideradas as outras variáveis de prognóstico (Quadro 31), só foi encontrado como resultado estatisticamente significativo, a evidência de quem já tinha efectuado anteriormente sessões AA ter mais probabilidade de vir a ter maior taxa de problemas relacionados com o álcool aos 6 meses de tratamento ($p < 0,05$). Para além deste resultado também foi encontrado para um nível de tendência $p < 0,10$ que diferentes intervalos de tempo de abstinência anterior podem produzir diferentes taxas de abstinência de qualquer quantidade, nomeadamente, quem já esteve abstinente entre 6 meses e 1 ano consegue estar mais abstinente neste tratamento de 6 meses.

Outro resultado algo importante, embora para o nível de tendência $p < 0,10$, é que o tratamento prévio com DIS pode estar associado a mais abstinência de consumo pesado no actual tratamento.

Quadro 30– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da presença de tratamentos anteriores no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)

<i>Variável tratamentos anteriores (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Tratamento anterior (sem entrar em conta com participação anterior em AA) (n=209)	0 – Não fez qualquer tratamento (103)	74,8%	25,2%	145,9
	1 – Fez tratamento anterior (106)	79,5% p=0,44	20,5%	152,2
Fez algum dos tratamentos anter. em internamento (basta ter feito pelo menos 1 dos tratamentos em internamento para ser considerado) (n=209)	0 – Ambulatório (68)	84,1%	15,9%	155,9
	1 – Internamento (38)	72,5%	27,5%	146,7
	2 – Não fez qualquer tratamento (103)	74,8% p=0,38	25,2%	145,9
Duração máxima da abstinência conseguida durante todos os tratamentos anteriores ou sem qualquer tratamento (em dias) (n=209)	0-dias abstinência (120)	80,0%	20,0%	153,8
	1-1-180 dias abst. (64)	67,7%	32,3%	136,4
	2-181-360 dias abst. (8)	87,5%	12,5%	157,6
	3->360 dias abst. (17)	88,2% p=0,24	11,8%	158,9
	0->=1 dia abstinênc (89)	73,7%	26,3%	143,1
	1-0 dias abstinência (120)	80,0% p=0,29	20,0%	153,8
Tratamento anterior com DIS (só para quem fez tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez (186)	76,1%	23,9%	147,7
	1 – Fez (23)	86,1% p=0,34	13,9%	160,8
Frequência anterior de AA (independentemente de ter feito ou não tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez (177)	76,5%	23,5%	148,7
	1 – Fez (32)	83,3% p=0,72	16,7%	153,2

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência) * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001, ++p<0,10, (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 31– Análise dos factores de prognóstico da presença de tratamentos anteriores na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209)

<i>Variável dos tratamentos anteriores (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Tratamento anterior (sem entrar em conta com participação anterior em AA) (n=209)	0 – Não fez qualquer tratamento (103)	47,6%	40,8%	61,2%	26,4%	46,3%
	1 – Fez tratamento anterior (106)	57,5%	51,9%	67,9%	25,0%	40,2%
Fez algum dos tratamentos anter. em internamento (basta ter feito pelo menos 1 dos tratamentos em internamento para ser considerado) (n=209)	0 – Ambulatório (68)	58,8%	51,5%	64,7%	24,5%	35,4%
	1 – Internament (38)	55,3%	52,6%	73,7%	25,8%	50,0%
	2 – Não fez qualquer tratamento (103)	47,6%	40,8%	61,2%	26,4%	46,3%
Duração máxima da abstinência conseguida durante todos os tratamentos anteriores ou sem qualquer tratamento (em dias) (n=209)	0-dias abstinência(120)	51,7%	45,0%	61,7%	24,1%	42,6%
	1-1-180 dias abst. (64)	48,4%	42,2%	65,6%	33,3%	47,4%
	2-181-360 dias abst.(8)	87,5%	87,5%	87,5%	12,5%	16,7%
	3->360 dias abst. (17)	58,8%	52,9% ++	70,6%	14,3%	42,9%
	0->=1 dia abstinênc (89)	53,9%	48,3%	68,5%	27,4%	44,2%
	1-0 dias abstinência(120)	51,7%	45,0%	61,7%	24,1%	42,6%
		ROC=0,51	ROC=0,52	ROC=0,53	ROC=0,51	ROC=0,51

<i>Variável dos tratamentos anteriores (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado</i> <i>(n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid</i> <i>(n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias</i> <i>(n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia</i> <i>(n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ</i> <i>(n=192)</i>
Tratamento anterior com DIS (só para quem fez tratamento anterior) (n=209)	0 - Não fez (186) 1 - Fez (23)	50,5% 69,6% ++	44,6% 60,9%	63,4% 73,9%	27,7% 10,5%	43,9% 36,8%
Frequência anterior de AA (independentemente de ter feito ou não tratamento anterior) (n=209)	0 - Não fez (177) 1 - Fez (32)	53,7% 46,9%	47,5% 40,6%	65,5% 59,4%	27,0% 15,8%	40,2% 60,7% *

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) - número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC - Área sob a curva ROC (área > 0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.18 – Análise dos factores de prognóstico associados à presença de problemas legais, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Por análise do Quadro 32, não se consegue chegar a qualquer conclusão com significado estatístico ($p < 0,05$) ou com tendência para significado estatístico ($p < 0,10$). Em termos descritivos, os dados parecem sugerir que os doentes que já foram condenados parecem atingir melhor prognóstico que os doentes que aguardam termo do processo judicial, ou que nunca foram condenados.

O Quadro 33 também não adianta muito mais às sugestões do Quadro 32, à excepção dos doentes condutores referenciados pela polícia com taxa de álcool no sangue superior ao limite legal que evidenciaram superior duração da máxima recaída, embora também não o seja estatisticamente significativo ($p < 0,10$).

Quadro 32– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico da presença de problemas legais no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209)

<i>Variável problemas legais (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
O doente já foi referenciado pela polícia a conduzir uma viatura com nível de alcoolemia no sangue $\geq 0,50$ mg/ml (n=147 doentes condutores)	0 – Não (92)	82,6%	17,4%	159,6
	1 – Sim (55)	76,9%	23,1%	145,7
Problemas judiciais do doente devido ao consumo de álcool (incluindo condução sob o efeito de álcool, violência, etc) (n=209)		p=0,34		
	0-Já foi condenado (40)	83,1%	16,9%	155,0
	1-Aguarda termo de processo ou julgamento (22)	69,2%	30,8%	144,4
	2-Sem problemas judiciais (147)	77,0%	23,0%	148,3
		p=0,59		
	0-Sem probl. judic. (147)	77,0%	23,0%	148,3
	1-Com probl. judic. (62)	77,5%	22,5%	151,0
		p=0,92		

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência) * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, ++ $p < 0,10$, (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 33– Análise dos factores de prognóstico da presença de problemas legais na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)

<i>Variável dos problemas legais (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
O doente já foi referenciado pela polícia a conduzir uma viatura com nível de alcoolemia no sangue $\geq 0,50$ mg/ml (n=147 doentes condutores)	0 – Não (92) 1 – Sim (55)	53,3% 56,4%	48,9% 43,6%	63,0% 69,1%	19,7% 34,9% ++	45,5% 32,7%
Problemas judiciais do doente devido ao consumo de álcool (incluindo condução sob o efeito de álcool, violência, etc) (n=209)	0-Já foi condenado (40) 1-Aguarda termo de processo ou julgamento (22) 2-Sem problemas judiciais (147) 0-Sem probl. judic. (147) 1-Com probl. judic. (62)	47,5% 50,0% 54,4% 54,4% 48,4%	40,0% 50,0% 47,6% 47,6% 43,5%	60,0% 72,7% 64,6% 64,6% 64,5%	24,0% 35,0% 24,3% 24,3% 28,9%	46,2% 31,6% 44,0% 44,0% 41,4%

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.19 – Análise dos factores de prognóstico associados às avaliações laboratoriais, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=196)

Por análise do Quadro 34, podemos observar que todas as avaliações laboratoriais apresentaram resultados estatísticos consistentes no sentido em que valores aumentados estão associados a mais recaída em consumo pesado. Para os exames GGT e ALT conseguiu-se atingir $p < 0,10$, o que sugere ao nível de tendência de significado estatístico, que níveis aumentados do GGT e ALT poderão estar associados a mais incidência de recaída em consumo pesado. Os gráficos da Fig.2 e Fig.3 também evidenciam que os grupos aumentados em GGT e ALT têm inferior sobrevivência à recaída em consumo pesado.

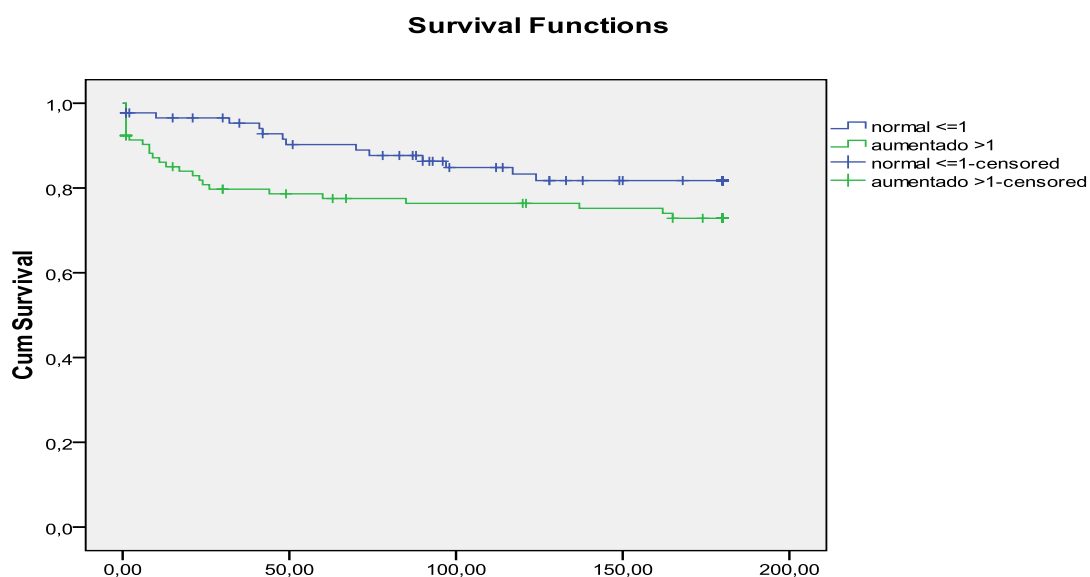


Figura 2 - Comparação entre curvas de sobrevivência GGT normal vs aumentado na admissão ao tratamento

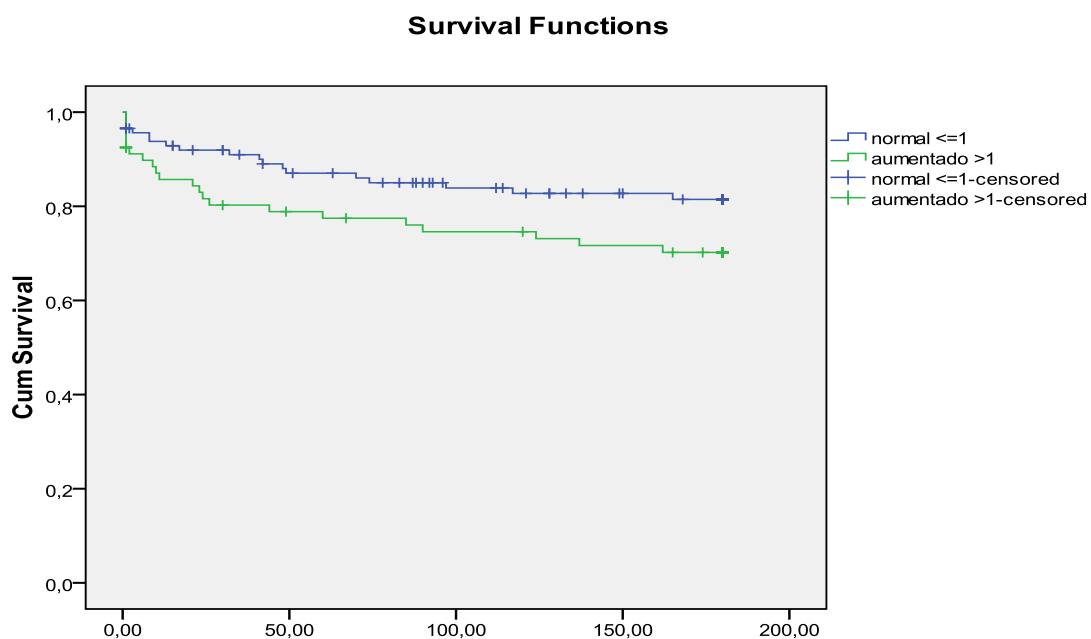


Figura 3 - Comparação entre curvas de sobrevivência ALT normal vs aumentado na admissão ao tratamento

Os resultados do Quadro 35, não nos permitem tirar qualquer conclusão com significado estatístico ($p < 0,05$) nem sequer a um nível de tendência de significado estatístico ($p < 0,10$). Observa-se ainda, e tal como tem acontecido noutras análises já efectuadas da área sob a curva ROC, um fraco poder discriminante destas avaliações laboratoriais, uma vez que as áreas tendem para o valor de hipótese nula de 0,50.

Quadro 34– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico das avaliações laboratoriais no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=196)

<i>Variável das avaliações laboratoriais (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
GGT - gama glutamilttransferase (n=193)	0 - Normal (≤ 1) (88)	81,8%	18,2%	158,2
	1 - Aumentado (>1) (105)	72,9% p=0,09	27,1%	140,6
AST - aspartato aminotransferase (n=194)	0 - Normal (≤ 1) (120)	78,6%	21,4%	153,1
	1 - Aumentado (>1) (74)	73,0% P=0,29	27,0%	139,5
ALT - alanina aminotransferase (n=196)	0 - Normal (≤ 1) (116)	81,5%	18,5%	155,2
	1 - Aumentado (>1) (80)	70,2% P=0,07	29,8%	138,4
VGM - volume globular médio (n=190)	0 - Normal (≤ 1) (133)	78,1%	21,9%	150,1
	1 - Aumentado (>1) (57)	75,2% P=0,61	24,8%	144,9

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001, ++p<0,10 *p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001, ++p<0,10, (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 35– Análise dos factores de prognóstico das avaliações laboratoriais na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=196)

<i>Variável das avaliações laboratoriais (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
GGT - gama glutamilttransferase (n=193)	0 - Nomal (<=1) (88) 1 - Aumentado (>1) (105)	52,3% 57,1% ROC=0,54	47,7% 49,5% ROC=0,52	63,6% 70,5% ROC=0,55	27,5% 24,4% ROC=0,51	42,0% 39,2% ROC=0,53
AST - aspartato aminotransferase (n=194)	0 - Nomal (<=1) (120) 1 - Aumentado (>1) (74)	55,8% 55,4% ROC=0,51	49,2% 48,6% ROC=0,51	70,8% 64,9% ROC=0,50	25,5% 26,7% ROC=0,53	38,7% 40,9% ROC=0,50
ALT - alanina aminotransferase (n=196)	0 - Nomal (<=1) (116) 1 - Aumentado (>1) (80)	54,3% 57,5% ROC=0,52	47,4% 51,3% ROC=0,53	65,5% 72,5% ROC=0,53	26,7% 24,6% ROC=0,50	43,4% 34,2% ROC=0,54
VGM - volume globular médio (n=190)	0 - Nomal (<=1) (133) 1 - Aumentado (>1) (57)	56,4% 52,6% ROC=0,51	48,1% 49,1% ROC=0,52	69,2% 63,2% ROC=0,54	26,4% 25,6% ROC=0,50	39,0% 46,0% ROC=0,51

* p<0,05 num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** p<0,01 num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** p<0,001 num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ p<0,10 num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área>0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.20 – Análise dos factores de prognóstico associados aos problemas ligados ao álcool do ARPQ, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=192)

Por análise do Quadro 36, observamos a evidência estatística de quem referiu ter mais PLA (pelo menos 5 problemas em simultâneo) tem também mais risco de recair pesadamente ao longo do tratamento ($p<0,05$). O gráfico de Kaplan Meier da Fig.4 evidencia visualmente este aspecto de associação entre mais problemas e menos sobrevivência à recaída em consumo pesado.

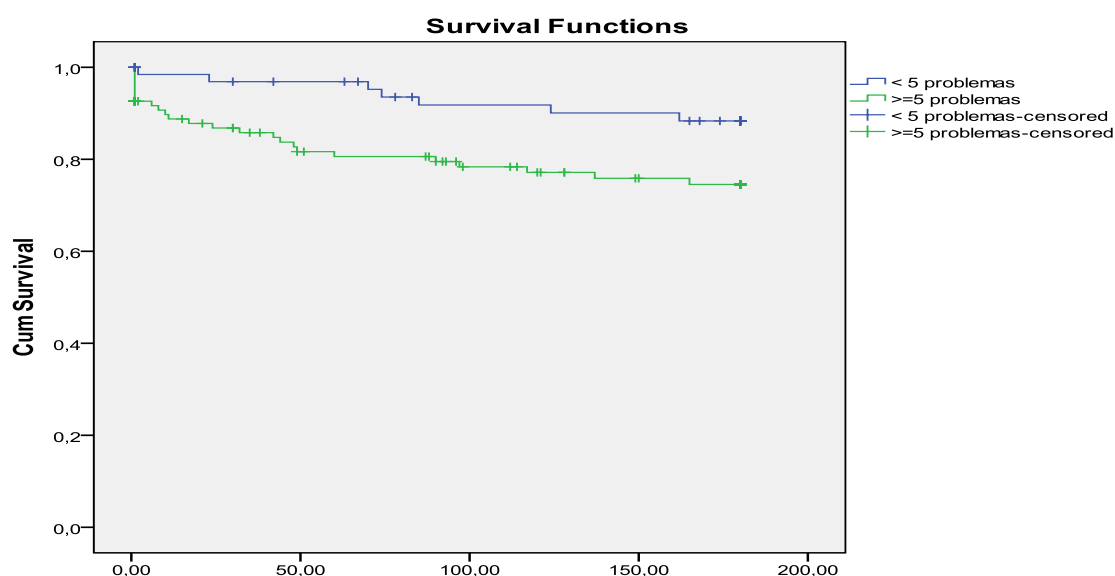


Figura 4 - Comparação entre curvas de sobrevivência <5 PLA no ARPQ vs >=5 PLA na admissão ao tratamento

Ao se efectuar a análise individual dos 11 PLA, não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$), embora para o ARPQ7 seja sugerido a um nível de tendência que a presença de problemas com compromissos profissionais e sociais possa estar associado a maior risco de recaída em consumo pesado ($p<0,10$). O gráfico de Kaplan Meier da Fig.5 ajuda a ilustrar este aspecto de mais problemas com compromissos poder estar associado a menos sobrevivência à recaída em consumo pesado.

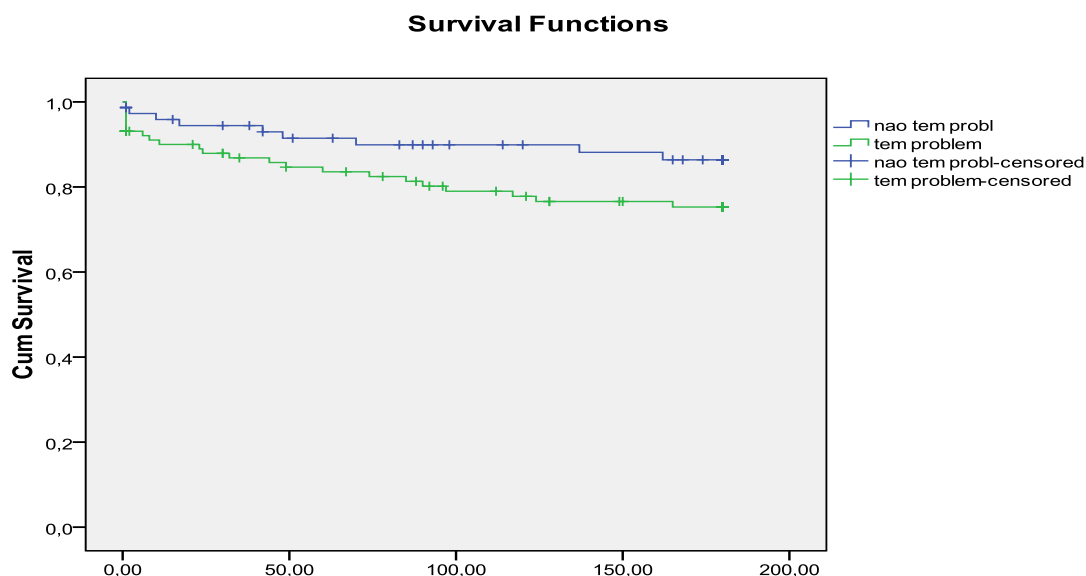


Figura 5 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem ARPQ 7 vs com ARPQ 7 (problemas com compromissos) na admissão ao tratamento

Ao efectuarmos um cruzamento entre a soma de problemas e o problema com compromissos, observamos uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, nomeadamente dentro do grupo dos doentes que têm 5 ou mais problemas observa-se 75% de doentes com problemas de compromissos, enquanto que, para quem tem menos de 5 problemas só 36% dos doentes é que têm problemas com compromissos profissionais e sociais ($p < 0,001$ num teste do Qui quadrado). Esta análise pode evidenciar assim a importância dos problemas com compromissos profissionais e sociais para um conjunto mais geral de PLA encontrado nestes doentes alcoólicos.

Quando consideradas as outras variáveis de resultado binárias (Quadro 37), observa-se novamente para todas estas variáveis e sem excepção que mais PLA na admissão ao tratamento está associado a pior prognóstico aos 6 meses de tratamento. Nomeadamente, quem tem pelo menos 5 PLA em

simultâneo sugere menos probabilidade de estar abstinente de consumo pesado ($p < 0,01$), tem menos probabilidade de estar abstinente de qualquer consumo ($p < 0,001$), tem menos duração cumulativa da abstinência (0,001), tem recaídas mais longas ($p < 0,01$) e tem também mais PLA aos 6 meses ($p < 0,01$).

Quando observados os 11 problemas individualmente, verificamos novamente a importância dos problemas com compromissos profissionais e sociais associado estatisticamente a mais longa duração da recaída ($p < 0,05$), e revelando-se simultaneamente, ao nível de tendência de significado estatístico, que este tipo de problemas também pode estar associado a menos abstinência de consumo de qualquer quantidade ($p < 0,10$), menos duração cumulativa da abstinência ($p < 0,10$) e mais PLA aos 6 meses ($p < 0,10$).

Os problemas com discussões familiares e sociais também se revelaram estatisticamente associados a pior prognóstico, nomeadamente no que respeita a menos abstinência de qualquer quantidade ($p < 0,05$) e menos duração cumulativa da abstinência ($p < 0,001$), tendo-se ainda observado ao nível de tendência de significado estatístico que este tipo de problemas pode estar associado a menos abstinência de consumo pesado ($p < 0,10$) e mais PLA aos 6 meses ($p < 0,10$). Os comportamentos de violência familiar e social também sugerem estar associados a mais PLA aos 6 meses, embora a um nível de tendência ($p < 0,10$). A hipótese de afastamento do ambiente familiar e social também sugere ao nível de tendência ($p < 0,10$) pior prognóstico em termos de duração cumulativa da abstinência.

Ainda um resultado curioso encontrado foi que os doentes com problemas com a polícia referidos na admissão ao tratamento (ARPQ) revelaram menos PLA aos 6 meses ($p < 0,05$).

Observámos ainda que quem tem mais PLA na admissão ao tratamento (pelo menos 5 problemas) também tem mais taxa de problemas com discussões familiares e sociais (92% versus 56%; $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado), mais taxa de comportamentos de violência familiar e social (54% versus 9%; $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado), mais taxa de hipótese de afastamento familiar e social devido às discussões (84% versus 31%; $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado) e mais problemas com a polícia na admissão (30% versus 14%; $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado), para além do já referido resultado de maior taxa de problemas com compromissos profissionais e sociais ($p < 0,001$). Estes resultados também dão evidência da importância das questões ARPQ 7, 8, 9, 10 e 11 para um nível mais geral de PLA.

Quadro 36– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos PLA do ARPQ no tempo até à recaída em consumo pesado (n=192)

<i>Variável dos PLA do ARPQ (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
ARPQ 1 Hospitalização do doente (n=192)	0 – Problema ausente (144) 1 – Problema presente (48)	79,4% 81,2% p=0,84	20,6% 18,8%	153,8 154,5
ARPQ 2 Vómitos matinais (n=192)	0 – Problema ausente (95) 1 – Problema presente (97)	80,5% 79,1% p=0,59	19,5% 20,9%	158,9 149,2
ARPQ 3 Diarreia (n=192)	0 – Problema ausente (105) 1 – Problema presente (87)	79,5% 80,4% p=0,97	20,5% 19,6%	155,4 152,4
ARPQ 4 Envolvimento em acidentes com necessidade de assistência médica (n=192)	0 – Problema ausente (129) 1 – Problema presente (63)	79,7% 80,0% p=0,97	20,3% 20,0%	153,7 154,4
ARPQ 5 Depressão (n=192)	0 – Problema ausente (41) 1 – Problema presente (151)	85,4% 78,3% p=0,25	14,6% 21,7%	166,6 150,4
ARPQ 6 Auto injúria através da intoxicação alcoólica (n=192)	0 – Problema ausente (149) 1 – Problema presente (43)	81,8% 72,5% p=0,19	18,2% 27,5%	156,6 144,4
ARPQ 7 Problemas com compromissos profissionais e sociais (n=192)	0 – Problema ausente (76) 1 – Problema presente (116)	86,4% 75,3% p=0,07	13,6% 24,7%	163,6 147,4
ARPQ 8 Discussões familiares e sociais (n=192)	0 – Problema ausente (41) 1 – Problema presente (151)	79,2% 80,0% p=0,92	20,8% 20,0%	151,5 154,9

<i>Variável dos PLA do ARPQ (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
ARPQ 9 Comportamentos de violência familiar e social (n=192)	0 – Problema ausente (120) 1 – Problema presente (72)	80,7% 78,0% p=0,69	19,3% 22,0%	154,1 153,9
ARPQ 10 Hipótese de afastamento do ambiente familiar e social em consequência das discussões (n=192)	0 – Problema ausente (68) 1 – Problema presente (124)	84,9% 76,9% p=0,22	15,1% 23,1%	160,8 150,1
ARPQ 11 Problemas com a polícia (n=192)	0 – Problema ausente (146) 1 – Problema presente (46)	80,2% 78,6% p=0,67	19,8% 21,4%	155,5 149,1
Soma de PLA no ARPQ (0 a 11 PLA) (n=192)	0 – abaixo de 5 problemas (mediana) (70) 1 – 5 ou mais problemas (mediana) (122)	88,3% 74,5% p=0,02	11,7% 25,5%	168,2 145,3

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001, ++p<0,10, (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 37– Análise dos factores de prognóstico dos PLA do ARPQ na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=192)

<i>Variável dos PLA do ARPQ (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
ARPQ 1 Hospitalização do doente (n=192)	0 – Problema ausente (144)	53,5%	45,8%	65,3%	24,8%	43,1%
	1 – Problema presente (48)	56,3%	52,1%	64,6%	16,2%	43,8%
ARPQ 2 Vómitos matinais (n=192)	0 – Problema ausente (95)	54,7%	48,4%	65,3%	22,9%	43,2%
	1 – Problema presente (97)	53,6%	46,4%	64,9%	22,2%	43,3%
ARPQ 3 Diarreia (n=192)	0 – Problema ausente (105)	54,3%	49,5%	66,7%	20,8%	43,8%
	1 – Problema presente (87)	54,0%	44,8%	63,2%	24,6%	42,5%
ARPQ 4 Envolvimento em acidentes com necessidade de assistência médica (n=192)	0 – Problema ausente (129)	53,3%	48,1%	62,8%	20,2%	44,2%
	1 – Problema presente (63)	55,6%	46,0%	69,8%	27,1%	41,3%
ARPQ 5 Depressão (n=192)	0 – Problema ausente (41)	61,0%	51,2%	75,6%	16,1%	39,0%
	1 – Problema presente (151)	52,3%	46,4%	62,3%	24,3%	44,4%
ARPQ 6 Auto injúria através da intoxicação alcoólica (n=192)	0 – Problema ausente (149)	55,7%	49,0%	67,1%	22,5%	40,9%
	1 – Problema presente (43)	48,8%	41,9%	58,1%	22,6%	51,2%
ARPQ 7 Problemas com compromissos profissionais e sociais (n=192)	0 – Problema ausente (76)	60,5%	55,3%	72,4%	12,5%	35,5%
	1 – Problema presente (116)	50,0%	42,2% ++	60,3% ++	29,1% *	48,3% ++

<i>Variável dos PLA do ARPQ (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
ARPQ 8 Discussões familiares e sociais (n=192)	0 – Problema ausente (41) 1 – Problema presente (151)	65,9% 51,0% ++	61,0% 43,7% *	87,8% 58,9% ***	20,0% 23,4%	31,7% 46,4% ++
ARPQ 9 Comportamentos de violência familiar e social (n=192)	0 – Problema ausente (120) 1 – Problema presente (72)	56,7% 50,0%	48,3% 45,8%	68,3% 59,7%	22,5% 22,6%	38,3% 51,4% ++
ARPQ 10 Hipótese de afastamento do ambiente familiar e social em consequência das discussões (n=192)	0 – Problema ausente (68) 1 – Problema presente (124)	60,3% 50,8%	52,9% 44,4%	73,5% 60,,5% ++	19,6% 24,2%	39,7% 45,2%
ARPQ 11 Problemas com a polícia (n=192)	0 – Problema ausente (146) 1 – Problema presente (46)	52,7% 58,7%	46,6% 50,0%	63,0% 71,7%	21,7% 25,0%	47,3% 30,4% *
Soma de PLA no ARPQ (0 a 11 PLA) (n=192)	0 – abaixo de 5 problemas (mediana) (70) 1 – 5 ou mais problemas (mediana) (122)	68,6% 45,9% ** ROC=0,58 ++	62,9% 38,5% *** ROC=0,59 *	82,9% 54,9% *** ROC=0,61 *	10,7% 30,2% ** ROC=0,60 ++	28,6% 51,6% ** ROC=0,57 ++

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área > 0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.21 – Análise dos factores de prognóstico associados aos critérios de diagnóstico do SDA, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=192)

Por análise do Quadro 38, não foram encontradas quaisquer associações estatisticamente significativas entre os diferentes critérios de diagnóstico do alcoolismo e o tempo até à primeira recaída pesada. Quando comparados os doentes que têm os 7 critérios em simultâneo versus os que não têm todos os 7 critérios, também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as curvas de sobrevivência até à 1ª recaída em consumo pesado. No entanto fica a sugestão descritiva que quem tem os 7 critérios de diagnóstico em simultâneo tem ligeiramente mais incidência de recaída em consumo pesado.

Quando consideradas as outras variáveis de resultado binárias (Quadro 39), praticamente não se encontraram associações estatisticamente significativas, revelando as áreas sob a curva ROC um fraco poder discriminante da soma de critérios, dada a proximidade com o valor de hipótese nula de 0,50 de área. No entanto, para o critério da presença de dependência física manifestada por sintomas de abstinência, observa-se superior tempo cumulativo de abstinência ($p < 0,05$) e menos PLA aos 6 meses ($p < 0,05$).

Quadro 38– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos critérios de diagnóstico do SDA no tempo até à recaída em consumo pesado (n=192)

<i>Variável dos critérios de diagnóstico do SDA (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Critério 1 do SDA Dependência física – Tolerância (n=192)	0 – Critério ausente (1) 1 – Critério presente (191)	-	-	-
Critério 2 do SDA Dependência física – Abstinência (n=192)	0 – Critério ausente (29) 1 – Critério presente (163)	84,4% 79,3% p=0,89	15,6% 20,7%	154,5 154,1
Critério 1 ou 2 Dependência física – Abstinência ou tolerância (n=192)	0 – Critério ausente (1) 1 – Critério presente (191)	-	-	-
Critério 3 do SDA Consumo em quantidades superiores ou por período mais longo do que se pretendia (n=192)	0 – Critério ausente (0) 1 – Critério presente (192)	-	-	-
Critério 4 do SDA Desejo ou esforços sem êxito para diminuição ou controlo do consumo (n=192)	0 – Critério ausente (25) 1 – Critério presente (167)	81,5% 79,5% p=0,85	18,5% 20,5%	154,3 153,9
Critério 5 do SDA Dispendida grande quantidade de tempo para obtenção, consumo e recuperação dos efeitos (n=192)	0 – Critério ausente (33) 1 – Critério presente (159)	76,8% 80,6% p=0,66	23,2% 19,4%	149,8 154,9

<i>Variável dos critérios de diagnóstico do SDA (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Critério 6 do SDA Abandono de actividades sociais, ocupacionais e recreativas devido ao consumo (n=192)	0 – Critério ausente (34)	85,1%	14,9%	158,2
	1 – Critério presente (158)	78,6% p=0,41	21,4%	152,9
Critério 7 do SDA Continuidade no consumo apesar da presença de problemas persistentes e recorrentes, físico ou psicológicos (n=192)	0 – Critério ausente (16)	92,3%	7,7%	169,4
	1 – Critério presente (176)	78,7% p=0,25	21,3%	152,6
Soma de critérios (entre 3 e 7) (n=192)	0-entre 3 a 6 crit. (75)	82,5%	17,5%	155,5
	1-presença dos 7 critérios em simult. (117)	78,2% p=0,57	21,8%	152,9

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 39– Análise dos factores de prognóstico dos critérios de diagnóstico do SDA na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=192)

<i>Variável dos critérios de diagnóstico do SDA (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Critério 1 do SDA Dependência física – Tolerância (n=192)	0 – Critério ausente (1) 1 – Critério presente (191)	-	-	-	-	-
Critério 2 do SDA Dependência física – Abstinência (n=192)	0 – Critério ausente (29) 1 – Critério presente (163)	41,4% 56,4%	34,5% 49,7%	48,3% 68,1% *	23,5% 22,4%	62,1% 39,9% *
Critério 1 ou 2 Dependência física – Abstinência ou tolerância (n=192)	0 – Critério ausente (1) 1 – Critério presente (191)	-	-	-	-	-
Critério 3 do SDA Consumo em quantidades superiores ou por período mais longo do que se pretendia (n=192)	0 – Critério ausente (0) 1 – Critério presente (192)	-	-	-	-	-

<i>Variável dos critérios de diagnóstico do SDA (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Critério 4 do SDA Desejo ou esforços sem êxito para diminuição ou controlo do consumo (n=192)	0 – Critério ausente (25) 1 – Critério presente (167)	52,0% 54,5%	44,0% 47,9%	68,0% 64,7%	26,3% 22,0%	44,0% 43,1%
Critério 5 do SDA Dispendida grande quantidade de tempo para obtenção, consumo e recuperação dos efeitos (n=192)	0 – Critério ausente (33) 1 – Critério presente (159)	57,6% 53,5%	57,6% 45,3%	72,7% 63,5%	21,4% 22,8%	36,4% 44,7%
Critério 6 do SDA Abandono de actividades sociais, ocupacionais e recreativas devido ao consumo (n=192)	0 – Critério ausente (34) 1 – Critério presente (158)	58,8% 53,2%	44,1% 48,1%	67,6% 64,6%	14,8% 24,3%	35,3% 44,9%

<i>Variável dos critérios de diagnóstico do SDA (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Critério 7 do SDA Continuidade no consumo apesar da presença de problemas persistentes e recorrentes, físico ou psicológicos (n=192)	0 – Critério ausente (16)	62,5%	43,8%	62,5%	9,1%	37,5%
	1 – Critério presente (176)	53,4%	47,7%	65,3%	23,7%	43,8%
Soma de critérios (entre 3 e 7) (n=192)	0-entre 3 a 6 crit. (75)	52,0%	44,0%	62,7%	20,4%	45,3%
	1-presença dos 7 critérios em simult. (117)	55,6%	49,6%	66,7%	23,9%	41,9%
		ROC=0,51	ROC=0,52	ROC=0,52	ROC=0,53	ROC=0,51

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área > 0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.22 – Análise dos factores de prognóstico associados aos fármacos para controlo do consumo de álcool, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Por análise do Quadro 40, observamos uma tendência geral dos doentes com indicação para fármacos para controlo do consumo terem pior prognóstico no que respeita ao tempo até à primeira recaída em consumo pesado, sendo este aspecto mais evidente no ACA. Mais concretamente, observou-se mais incidência de recaída pesada nos doentes com indicação para DIS (embora a um nível de tendência de significado estatístico pois $p=0,10$), nos doentes com indicação para ACA ($p<0,05$), e nos doentes com DIS+ACA em simultâneo ($p=0,001$). Estes resultados, em primeira análise podem sugerir alguma falta de efectividade destes fármacos, ou que os níveis de gravidade dos doentes podem de certo modo estar a confundir estes resultados, ou que ainda poderá eventualmente existir uma combinação destes dois factores falta de efectividade e gravidade, conduzindo assim a um pior prognóstico em doentes medicados.

No entanto, ao se efectuar a análise do tempo de toma de DIS com o ponto de corte dos 120 dias de toma já são obtidos resultados muito relevantes acerca da efectividade do DIS e estatisticamente significativos ($p<0,001$), ou seja, quem tomou DIS por um período de tempo mais curto (<120 dias) tem o maior risco de recaída pesada em comparação com quem tomou DIS mais tempo (≥ 120 dias), e em comparação com quem não tomou esta medicação. Este resultado é graficamente evidente na Fig.6 e pode sugerir que o DIS é um fármaco com mais efectividade a partir de um tempo alargado de toma, digamos 120 dias. Deste modo, podemos especular que na pior das hipóteses acerca da efectividade do DIS, a toma por um período mais longo pode ter tão bom prognóstico como nos doentes que eventualmente não sendo tão graves não tiveram indicação para DIS.

Ainda, um resultado curioso encontrado foi que os doentes que tomaram DIS por menos de 120 dias tiveram um tempo médio de toma de cerca de 2

meses (63 dias) acabando por recair ao fim de pouco mais de 3 meses (tempo médio de Kaplan Meier de 109 dias). Este resultado pode sugerir que a recaída pode tender para 1 mês de diferença após a cessação do DIS.

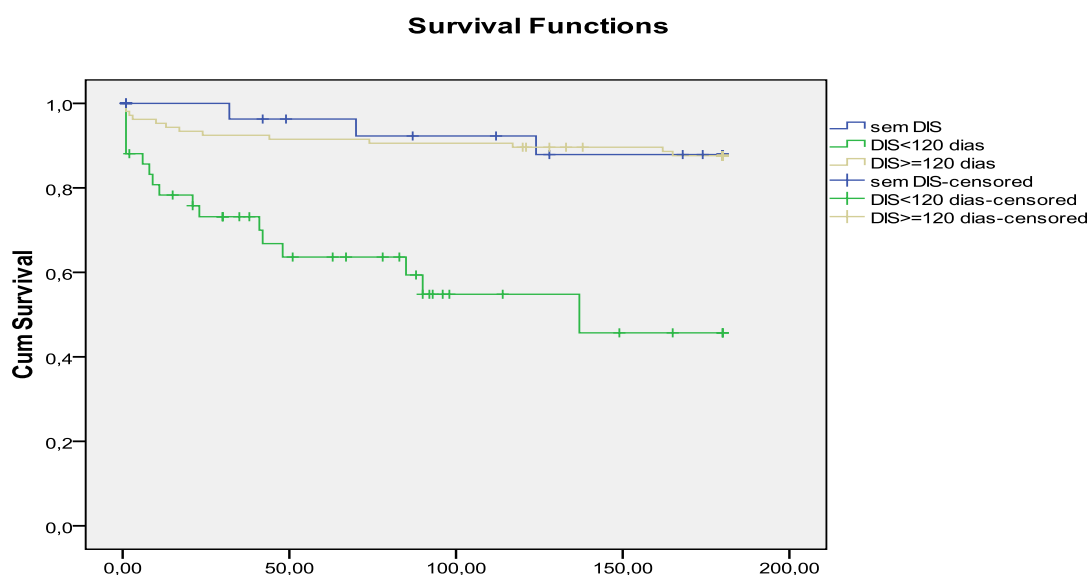


Figura 6 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem toma de DIS vs com toma DIS \geq 120 dias vs com toma DIS<120 dias ao longo do tratamento

Em relação ao tempo de toma de ACA, já não se verificou o mesmo padrão do DIS, ou seja, a toma de ACA está associada estatisticamente a pior prognóstico ($p<0,05$), estando a toma por um período mais longo estatisticamente associada ainda a mais insucesso ($p<0,05$). Deste modo, estes resultados podem sugerir alguma falta de efectividade do fármaco ACA, tal como é visualmente evidente na Fig.7.

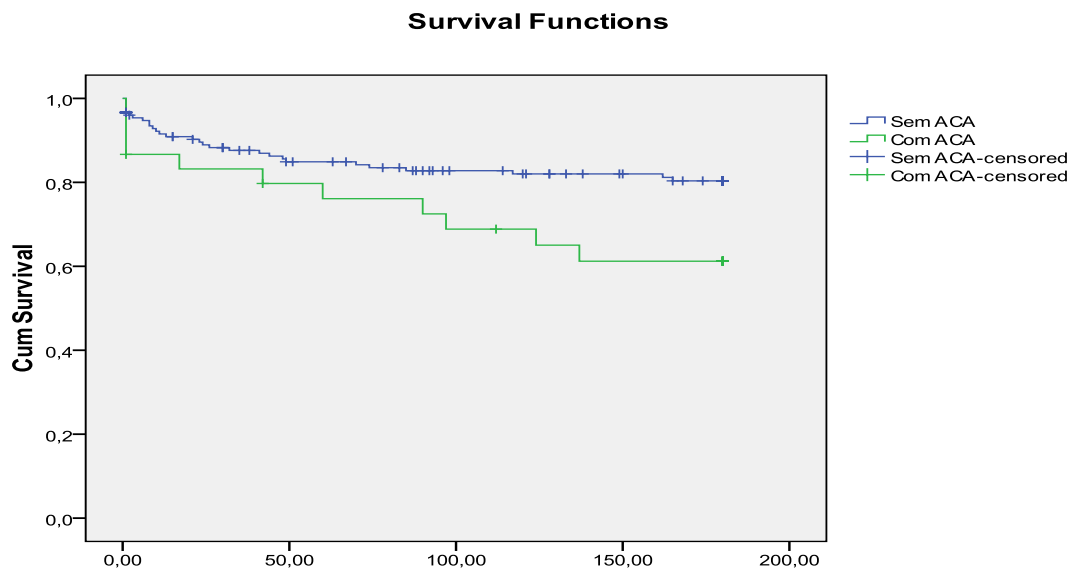


Figura 7 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para ACA vs com indicação para ACA ao longo do tratamento

Pela análise das outras variáveis de resultado (Quadro 41) são obtidos resultados muito relevantes acerca da efectividade do DIS, e em especial quando considerado o tempo de toma deste fármaco. Mais concretamente, quem tomou DIS pelo menos durante 120 dias consegue melhor prognóstico em todas as variáveis resultado do que os doentes que tomaram DIS em tempo inferior de toma (<120 dias), sendo todas as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

As áreas sob a curva ROC do tempo de toma de DIS (nos doentes com toma em pelo menos um dia) revelaram um elevado poder discriminante no prognóstico dos doentes, variando entre 82% ($p < 0,001$) e 97% ($p < 0,001$). A título de exemplo, e no que respeita à abstinência de consumo pesado, a área sob a curva ROC foi de 93% ($p < 0,001$) revelando que o tempo de toma de DIS tem um elevado poder discriminante da abstinência de consumo pesado, tal como se pode observar graficamente (Fig.8).

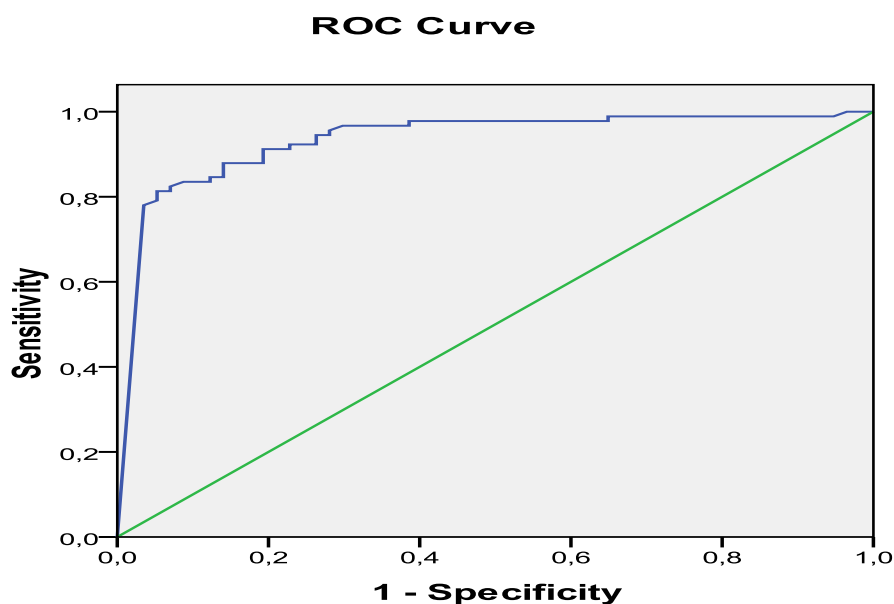


Figura 8 - Área sob a curva ROC dos dias de toma de DIS para a abstinência de consumo pesado

Com recurso das áreas sob a curva ROC com o tempo de toma de DIS dos doentes com pelo menos um dia de toma de DIS, fomos investigar a sensibilidade e especificidade do ponto de corte dos 120 dias para o prognóstico dado pelas diferentes variáveis de resultado, sendo os achados encontrados muito animadores, digamos neste *cut off*. Para a abstinência de consumo pesado, 120 dias de toma de DIS produz uma sensibilidade de 97% e uma especificidade de 70%, o que significa que 97% dos abstinentes de consumo pesado tomaram DIS num tempo de pelo menos 120 dias, e 70% dos não abstinentes tomaram DIS num tempo inferior a 120 dias. Por observação do Quadro 41 observamos que para os doentes que tomaram DIS pelo menos durante 120 dias, a taxa de abstinência de consumo pesado foi de 83%, e deste modo, podemos considerar que o valor preditivo positivo do tempo de toma do DIS superior ou igual ao ponto de corte de 120 dias pode ser estimado em 83%.

Para a abstinência de qualquer quantidade, 120 dias de ponto de corte na toma de DIS produz uma sensibilidade de 96% e uma especificidade de 58%, para o tempo cumulativo de abstinência acima da média, 120 dias de corte produz uma sensibilidade de 92% e especificidade de 94%, para uma recaída máxima inferior a 1 dia, 120 dias de corte produz uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 44%, e finalmente para a inexistência de qualquer problema ligado ao álcool aos 6 meses, 120 dias de corte produz uma sensibilidade de 93% e especificidade de 76%.

Ainda, um resultado que pode ser observado no Quadro 41 e que respeita à efectividade do DIS foi quando se incluiu na análise o grupo dos doentes que não tomou DIS, para além dos grupos <120 dias e ≥ 120 dias de DIS. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas em todas as variáveis de resultado ($p < 0,001$), observando-se sempre e sem excepção que o grupo da toma de DIS inferior a 120 dias foi o de pior prognóstico, tendo o grupo de toma de DIS ≥ 120 dias ainda melhor prognóstico que o grupo sem qualquer tempo de toma de DIS. Ou seja, quem tomou DIS por um período de tempo pelo menos 120 dias, teve mais abstinência de consumo pesado, mais abstinência de qualquer quantidade, mais tempo cumulativo de abstinência, e menos PLA aos 6 meses, em comparação com quem não tomou DIS ou tomou DIS em menos de 120 dias.

Os resultados do ACA apontaram no sentido de falta de efectividade deste fármaco, nunca revelando associação estatisticamente significativa com um melhor prognóstico dos doentes, e observando-se mesmo que os doentes com indicação para ACA podem estar associados a maior duração máxima de recaída ($p < 0,05$), podendo ainda uma toma mais alargada de ACA (pelo menos 120 dias) estar tendencialmente associado a superior duração máxima da recaída ($p < 0,10$). Os doentes com indicação simultânea para DIS+ACA também tiveram pior prognóstico ao nível da duração máxima da recaída ($p < 0,01$), tal como aconteceu para o ACA.

Para os doentes com indicação para pelo menos um dos dois fármacos DIS ou ACA, observou-se tendencialmente mais tempo cumulativo de abstinência ($p<0,10$) e menos PLA aos 6 meses ($p<0,05$).

Quadro 40– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos fármacos para controlo do consumo de álcool no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209)

<i>Variável dos fármacos para controlo do consumo (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Indicação para DIS (n=209)	0 – Não (38) 1 – Foi prescrito (171)	87,9% 75,3% $p=0,10$	12,1% 24,7%	167,6 145,6
Número de dias que o doente tomou DIS (n=148)	0- <120 dias de toma (42) 1->=120 dias de toma (106)	45,7% 87,6% $p<0,001$	54,3% 12,4%	108,7 163,9
Toma de DIS em 3 categorias (n=186)	0-0dias de toma (38) 1-<120 dias (42) 2->=120 dias (106)	87,9% 45,7% 87,6% $p<0,001$	12,1% 54,3% 12,4%	167,6 108,7 163,9
Indicação para ACA (n=209)	0 – Não (179) 1 – Foi prescrito (30)	80,4% 61,2% $p=0,03$	19,6% 38,8%	152,4 131,3
Número de dias que o doente tomou ACA (n=29)	0- <120 dias de toma (21) 1->=120 dias de toma (8)	65,2% 50,0% $p=0,37$	34,8% 50,0%	140,0 105,9
Toma de ACA em 3 categorias (n=208)	0- 0 dias de toma (179) 1-<120 dias (21) 2->=120 dias (8)	80,4% 65,2% 50,0% $p=0,031$	19,6% 34,8% 50,0%	152,4 140,0 105,9
Indicação para DIS em simultâneo com ACA (DIS+ACA) (n=209)	0 – Não (189) 1 – Foi prescrito (20)	80,7% 50,0% $p=0,001$	19,3% 50,0%	153,5 112,4

<i>Variável dos fármacos para controlo do consumo (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Os doentes tiveram indicação para pelo menos um dos fármacos DIS ou ACA (n=209)	0-Não (28)	88,5%	11,5%	165,3
	1-Foi prescrito (181)	75,9% p=0,18	24,1%	147,1

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 41– Análise dos factores de prognóstico dos fármacos para controlo do consumo de álcool na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)

<i>Variável dos fármacos para controlo do consumo (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Indicação para DIS (n=209)	0 – Não (38) 1 – Foi prescrito (171)	44,7% 54,4%	44,7% 46,8%	55,3% 66,7%	17,4% 27,1%	57,9% 39,6%*
Número de dias que o doente tomou DIS (n=148)	0- <120 dias de toma (42) 1->=120 dias de toma (106)	7,1% 83,0% *** ROC=0,93 ***	7,1% 71,7% *** ROC=0,89 ***	21,4% 97,2% *** ROC=0,97 ***	60,9% 17,6% *** ROC=0,82 ***	83,8% 11,5% *** ROC=0,92 ***
Toma de DIS em 3 categorias (n=186)	0- 0 dias de toma (38) 1-<120 dias (42) 2->=120 dias (106)	44,7% 7,1% 83,0% ***	44,7% 7,1% 71,7% ***	55,3% 21,4% 97,2% ***	17,4% 60,9% 17,6% ***	57,9% 83,8% 11,5% ***
Indicação para ACA (n=209)	0 – Não (179) 1 – Foi prescrito (30)	52,5% 53,3%	46,9% 43,3%	63,7% 70,0%	21,7% 44,4%*	44,2% 37,9%
Número de dias que o doente tomou ACA (n=29)	0- <120 dias de toma (21) 1->=120 dias de toma (8)	57,1% 50,0% ROC=0,56	47,6% 37,5% ROC=0,54	66,7% 87,5% ROC=0,55	36,8% 62,5% ROC=0,69 ++	33,3% 42,9% ROC=0,57
Toma de ACA em 3 categorias (n=208)	0- 0 dias de toma (179) 1-<120 dias (21) 2->=120 dias (8)	52,5% 57,1% 50,0%	46,9% 47,6% 37,5%	63,7% 66,7% 87,5%	21,7% 36,8% 62,5%	44,2% 33,3% 42,9%
Indicação para DIS em simultâneo com ACA (DIS+ACA) (n=209)	0 – Não (189) 1 – Foi prescrito (20)	52,9% 50,0%	47,6% 35,0%	64,0% 70,0%	21,9% 52,6% **	43,9% 36,8%

<i>Variável dos fármacos para controlo do consumo (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Os doentes tiveram indicação para pelo menos um dos fármacos DIS ou ACA (n=209)	0-Não (28) 1-Foi prescrito (181)	39,3% 54,7%	39,3% 47,5%	50,0% 66,9% ++	13,3% 27,0%	64,3% 39,6% *

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área > 0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.23 – Análise dos factores de prognóstico associados aos aspectos não farmacológicos, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Por análise do Quadro 42, foi encontrado que um maior número de consultas realizadas pelo doente está associado a melhor prognóstico em termos de sobrevivência, facto que se visualiza no gráfico de Kaplan Meier da Fig.9. Mais concretamente, os doentes que realizam pelo menos 4 consultas num total de 7 (mais de 50% das consultas previstas) têm mais probabilidade de sobreviver a uma recaída em consumo pesado ($p<0,01$).

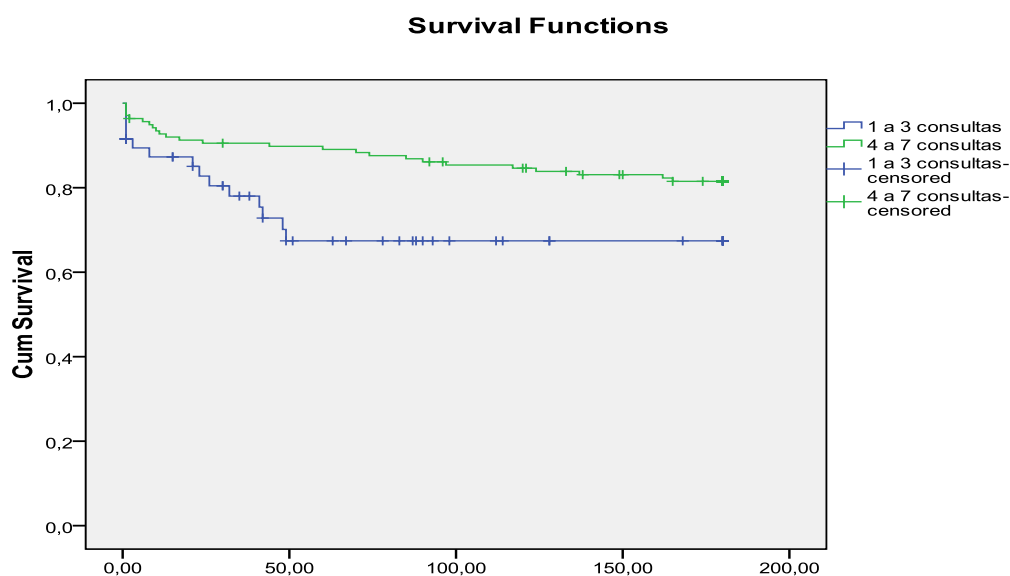


Figura 9 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com ≥ 4 consultas vs <4 consultas ao longo do tratamento

No que respeita à influência do co-responsável na sobrevivência a consumo pesado foi encontrado que uma participação do co-responsável em todas as consultas (100% das consultas) é um factor protector da recaída em consumo pesado ($p < 0,05$) (Quadro 42). A Fig.10 realça este aspecto de uma participação total do co-responsável nas consultas estar associado a mais sobrevivência.

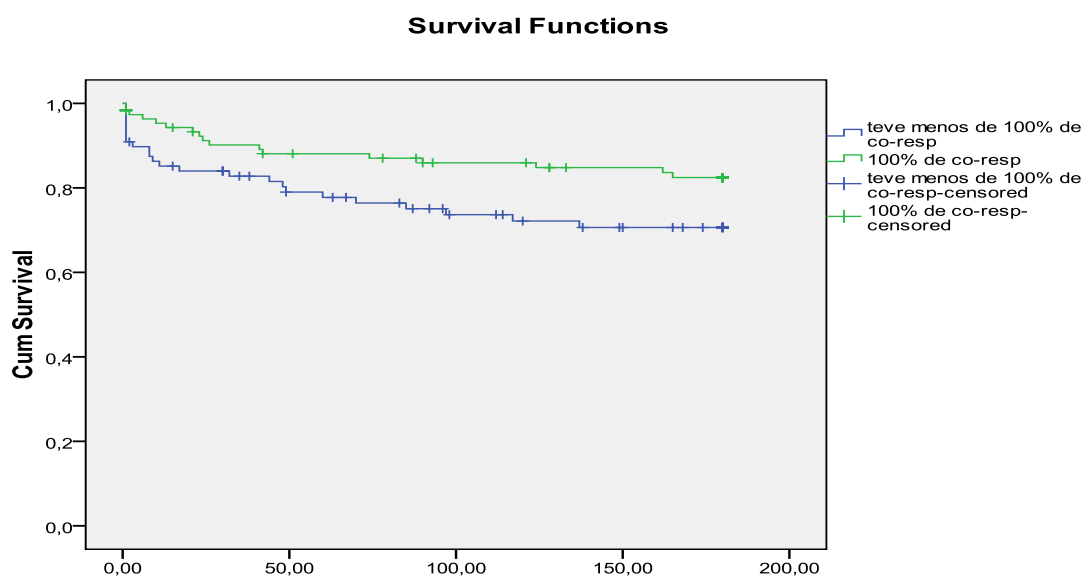


Figura 10- Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com 100% de participação do co-responsável nas consultas vs menos de 100% de participação ao longo do tratamento

Também, e tal como aconteceu com as consultas e a presença do co-responsável nas consultas, as fases das consultas revelaram-se um factor protector da recaída em consumo pesado. Consultas com 3 e mais fases (ponto de corte de 2,5 fases) estão associadas a menos recaída em consumo pesado ($p = 0,001$), tal como é sugerido no gráfico de Kaplan Meier da Fig.11. Também, os doentes que fizeram mais de uma fase por consulta tiveram inferior incidência cumulativa de recaída em consumo pesado, embora a diferença não tenha atingido significado estatístico ($p < 0,10$).

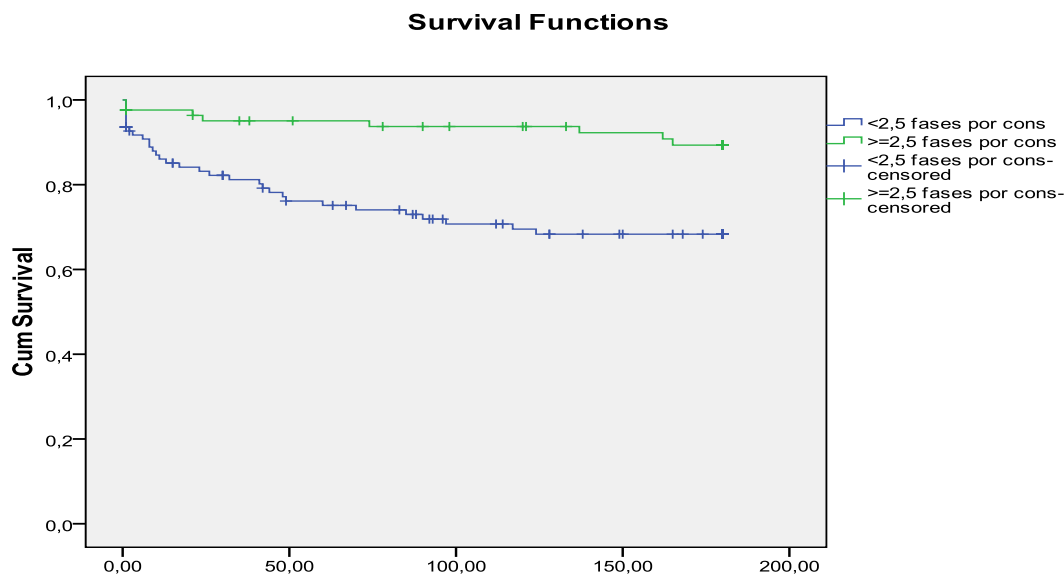


Figura 11 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com $\geq 2,5$ fases de média na consulta vs $< 2,5$ fases ao longo do tratamento

Os resultados estatísticos para as outras variáveis prognóstico (Quadro 43) foram bastante consistentes para a evidência do aspecto protector das consultas na recaída em consumo pesado, revelando-se que pelo menos 4 consultas estavam associadas sempre e sem excepção a melhores resultados de abstinência de consumo pesado ($p < 0,001$), abstinência de qualquer quantidade ($p < 0,001$), tempo cumulativo de abstinência acima da média ($p < 0,001$), tempo máximo de duração da recaída superior a 1 dia ($p < 0,05$) e PLA aos 6 meses ($p < 0,001$). Também, foram obtidas áreas sob a curva ROC com valores muito bons para a abstinência de consumo pesado (ROC=0,82; $p < 0,001$), tempo cumulativo de abstinência acima da média (ROC=0,90; $p < 0,001$), e não ter qualquer problema ligado ao álcool aos 6 meses (ROC=0,86; $p < 0,001$). Estes resultados destas áreas sob a curva ROC dão evidência da boa capacidade discriminante do número de consultas, e em especial para a abstinência de consumo pesado, tempo cumulativo de abstinência e PLA aos 6 meses. Na Fig.12 apresentamos a área sob a curva ROC do número de consultas para a abstinência em consumo pesado.

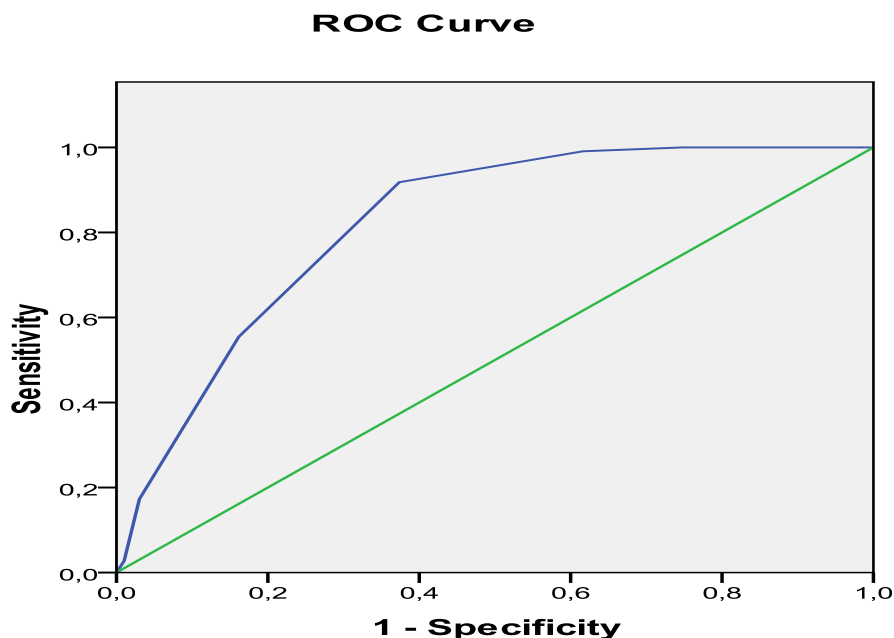


Figura 12 - Área sob a curva ROC do número de consultas para a abstinência de consumo pesado

A análise desta área sob a curva ROC permitiu ainda concluir que realizar pelo menos 4 consultas tem uma sensibilidade de 92% para a abstinência de consumo pesado e uma especificidade de 63%. Ou seja, para os doentes abstinentes de consumo pesado aos 6 meses 92% tinham realizado pelo menos 4 consultas, e para os doentes não abstinentes aos 6 meses 63% tinham feito menos de 4 consultas.

Para a presença do co-responsável nas consultas já não se encontraram resultados muito relevantes ao nível de significado estatístico e capacidade discriminante da taxa de participação co-responsável nas consultas, com áreas sob a curva ROC a tenderem para 0,50. No entanto, observou-se de modo consistente com a análise de sobrevivência e ao nível de tendência que

os doentes com participação do co-responsável a 100% nas consultas tiveram mais taxa de abstinência em consumo pesado ($p<0,10$).

Os resultados das fases das consultas também se revelaram consistentes com a análise de sobrevivência no sentido em que mais fases das consultas (com o ponto de corte de 2,5 fases) estavam associados a melhor prognóstico ao nível da abstinência em consumo pesado ($p<0,001$), mais abstinência de qualquer quantidade ($p<0,001$), mais tempo cumulativo de abstinência acima da média ($p<0,001$), menor duração máxima da recaída ($p<0,001$) e menos PLA aos 6 meses ($p<0,001$). Quando considerada uma fase versus mais de uma fase também se obtiveram resultados estatisticamente significativos no sentido em que mais de uma fase estava sempre associada a melhor prognóstico. As áreas sob a curva ROC apesar de serem todas estatisticamente significativas ($p<0,001$), não se revelaram tão elevadas como se observou para as consultas ($ROC<0,70$), o que pode sugerir uma inferior capacidade discriminante em relação às consultas em si. Deste modo, e a apoiar-nos nas áreas sob a curva ROC obtidas, parece que de um modo geral o número de consultas terá um maior poder discriminante do prognóstico, seguido das fases das consultas e da taxa de participação do co-responsável, esta última praticamente sem grande poder discriminante (área ROC a tender para 0,50).

Para qualquer variável de resultado, a presença dos doentes em sessões de AA não se revelou um factor associado a um melhor prognóstico, encontrando-se até estatisticamente associado a uma maior taxa de duração da recaída ($p<0,05$).

Quadro 42– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos aspectos não farmacológicos no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)

<i>Variável dos aspectos não farmacológicos (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas) (n=209)	0 – de 1 a 3 consultas (71)	67,4%	32,6%	128,8
	1 – de 4 a 7 consultas (138)	81,5%	18,5%	156,8
Taxa de consultas com participação do co-responsável (de 0 a 100%) (n=209)	0-<=50% das consultas com co-responsável (52)	73,7%	26,3%	139,3
	1->50% das consultas com co-responsável (157)	78,6%	21,4%	152,7
	0-<100% das consultas com co-responsável (88)	70,6%	29,4%	138,1
	1-100% das consultas com co-responsável (121)	82,4%	17,6%	157,6
Média das fases das consultas (de 1 a 4) (n=209)	0-<2,5 fases por consulta (125)	68,3%	31,7%	134,2
	1->=2,5 fases por consulta (84)	89,3%	10,7%	169,2
	0-1 fase por consulta (76)	69,0%	31,0%	136,0
	1-mais de 1 fase (133)	81,0%	19,0%	155,1
Participação em sessões de AA durante o tratamento (n=209)	0 –Não participou em nenhuma sessão (171)	78,8%	21,2%	152,9
	1 –Participou em pelo menos 1 sessão (38)	70,0%	30,0%	131,6

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 43– Análise dos factores de prognóstico dos aspectos não farmacológicos na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209)

<i>Variável dos aspectos não farmacológicos (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas) (n=209)	0 - de 1 a 3 consultas (71)	12,7%	12,7%	16,9%	42,9%	86,4%
	1 - de 4 a 7 consultas (138)	73,2% ***	63,8% ***	89,1% ***	21,9% *	20,6% ***
		ROC=0,82 ***	ROC=0,75 ***	ROC=0,90 ***	ROC=0,59 ++	ROC=0,86 ***
Taxa de consultas com participação do co-responsável (de 0 a 100%) (n=209)	0-<=50% das consultas com co-responsável (52)	48,1%	46,2%	63,5%	30,8%	44,4%
	1->50% das consultas com co-responsável (157)	54,1%	46,5%	65,0%	23,9%	42,9%
	0-<100% das consultas com co-responsável (88)	45,5%	42,0%	61,4%	30,9%	47,5%
	1-100% das consultas com co-responsável (121)	57,9% ++	49,6%	66,9%	21,6%	40,2%
		ROC=0,55	ROC=0,53	ROC=0,52	ROC=0,56	ROC=0,53
Média das fases das consultas (de 1 a 4) (n=209)	0-<2,5 fases por consulta (125)	39,2%	35,2%	54,4%	38,4%	54,4%
	1->=2,5 fases por consulta (84)	72,6% ***	63,1% ***	79,8% ***	10,0% ***	26,9% ***
	0-1 fase por consulta (76)	36,8%	32,9%	53,9%	38,0%	59,2%
	1-mais de uma fase por consulta (133)	61,7% ***	54,1% **	70,7% *	19,8% *	33,9% ***
		ROC=0,68 ***	ROC=0,65 ***	ROC=0,64 ***	ROC=0,69 ***	ROC=0,66 ***

<i>Variável dos aspectos não farmacológicos (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Participação em sessões de AA durante o tratamento (n=209)	0 –Não participou em nenhuma sessão (171) 1 –Participou em pelo menos 1 sessão (38)	54,4% 44,7%	49,1% 34,2% ++	66,1% 57,9%	22,0% 41,4% *	42,4% 47,1%

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área > 0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo

4.24 – Análise dos factores de prognóstico associados às características do médico assistente, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Por análise do Quadro 44, observamos diferenças estatisticamente significativas entre as sobrevivências dos 8 médicos ($p=0,001$), assim como, entre o sexo dos médicos ($p=0,005$). As taxas de incidência cumulativa de recaída em consumo pesado variaram entre 7,1% e 66,7%, o que sugere de facto uma enorme variabilidade de resultados entre diferentes médicos. No entanto não nos podemos esquecer que alguns dos médicos trataram muito poucos doentes (7 e 8 doentes), o que nos deve acautelar as conclusões acerca desta variável. Os médicos do sexo masculino também evidenciaram melhores resultados que os médicos do sexo feminino com superior taxa de sobrevivência a recaída em consumo pesado, tal como se pode visualizar na Fig.13.

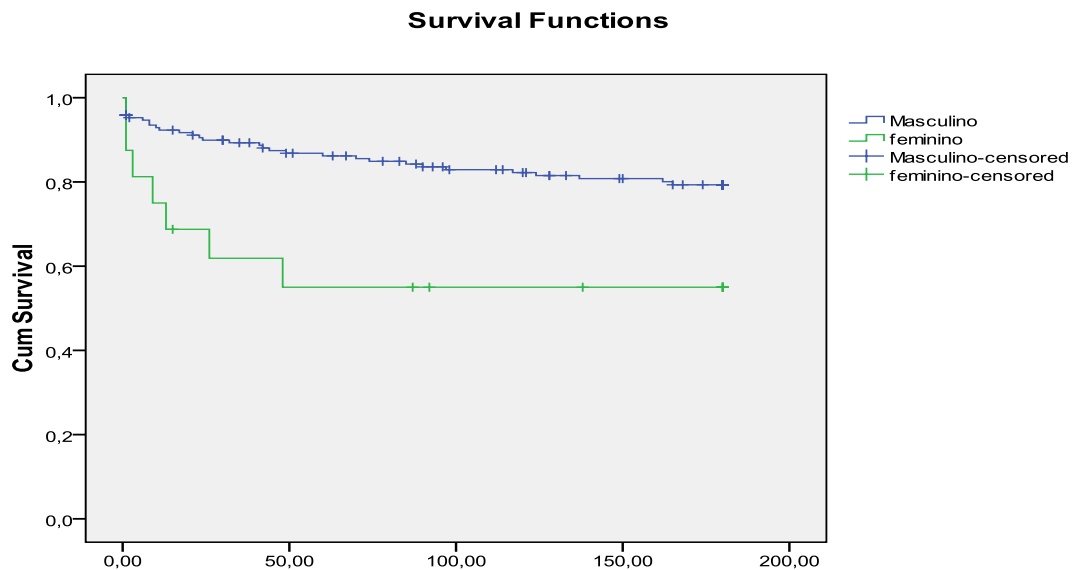


Figura 13- Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes com médico do sexo masculino vs feminino ao longo do tratamento

Por análise do Quadro 45, confirma-se em termos descritivos a enorme variabilidade de resultados entre os médicos, sugerindo-se ainda que os médicos do sexo masculino conseguem superior taxa de abstinência de consumo pesado (embora para o nível de tendência $p < 0,10$), e conseguem inferior duração máxima da recaída ($p < 0,05$).

A experiência do médico dada pelo tempo após a licenciatura não se revelou estatisticamente associada nem ao tempo até à primeira recaída em consumo pesado, nem a qualquer uma das outras variáveis de prognóstico consideradas.

Quadro 44– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico das características do médico no tempo até à recaída em consumo pesado (n=209)

<i>Variável das características do médico (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Médico (n=209)	1– JOCUM (28) 2– JUCHF (8) 3– JOPAM (61) 4– TENOF (8) 5– ANPAM (7) 6– DONEM (54) 7– FAHEM (14) 8– MADAM (29)	77,0% 33,3% 68,0% 75,0% 71,4% 89,4% 92,9% 83,6% p=0,001	23,0% 66,7% 32,0% 25,0% 28,6% 10,6% 7,1% 16,4%	150,4 67,6 133,9 141,1 132,7 168,2 167,2 166,8
Tempo após a licenciatura (n=209)	0–Inferior a 24 anos (72) 1–Superior a 24 anos (137)	74,1% 79,1% p=0,48	25,9% 20,9%	146,0 151,1
Sexo do médico (n=209)	0-Masculino (193) 1-Feminino (16)	79,3% 55,0% p=0,005	20,7% 45,0%	153,1 105,8

p– obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 45– Análise dos factores de prognóstico das características do médico na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n=209)

<i>Variável das características do médico (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Médico (n=209)	1- JOCUM (28) 2- JUCHF (8) 3- JOPAM (61) 4- TENOF (8) 5- ANPAM (7) 6- DONEM (54) 7- FAHEM (14) 8- MADAM (29)	46,4% 12,5% 44,3% 50,0% 57,1% 66,7% 42,9% 65,5%	42,9% 12,5% 37,7% 50,0% 57,1% 61,1% 35,7% 51,7%	57,1% 50,0% 62,3% 50,0% 71,4% 74,1% 42,9% 75,9%	21,1% 85,7% 42,2% 14,3% 20,0% 9,3% 28,6% 13,0%	48,1% 0,0% 53,3% 62,5% - 29,6% 57,1% 32,1%
Tempo após a licenciatura (n=209)	0-Inferior a 24 anos (72) 1-Superior a 24 anos (137)	51,4% 53,3%	44,4% 47,4%	65,3% 64,2%	25,9% 25,5%	39,3% 44,9%
Sexo do médico (n=209)	0-Masculino (193) 1-Feminino (16)	54,4% 31,3% ++	47,7% 31,3%	65,8% 50,0%	23,2% 50,0% *	42,6% 55,6%

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo, para a variável médico não foi efectuado o teste do Qui quadrado devido a frequências esperadas baixas

4.25 – Análise dos factores de prognóstico associados aos fármacos para depressão e ansiedade, nos resultados do tratamento aos 6 meses (n=209)

Por análise do Quadro 46, fica evidente que a indicação para medicação para depressão ou ansiedade está sempre associada a pior prognóstico, ou seja, mais incidência de recaída em consumo pesado. No que diz respeito à indicação para antidepressivos, os resultados sugerem a um nível de tendência de significado estatístico ($p < 0,10$), que a indicação para antidepressivos está associada a menos sobrevivência à recaída em consumo pesado (Fig.14).

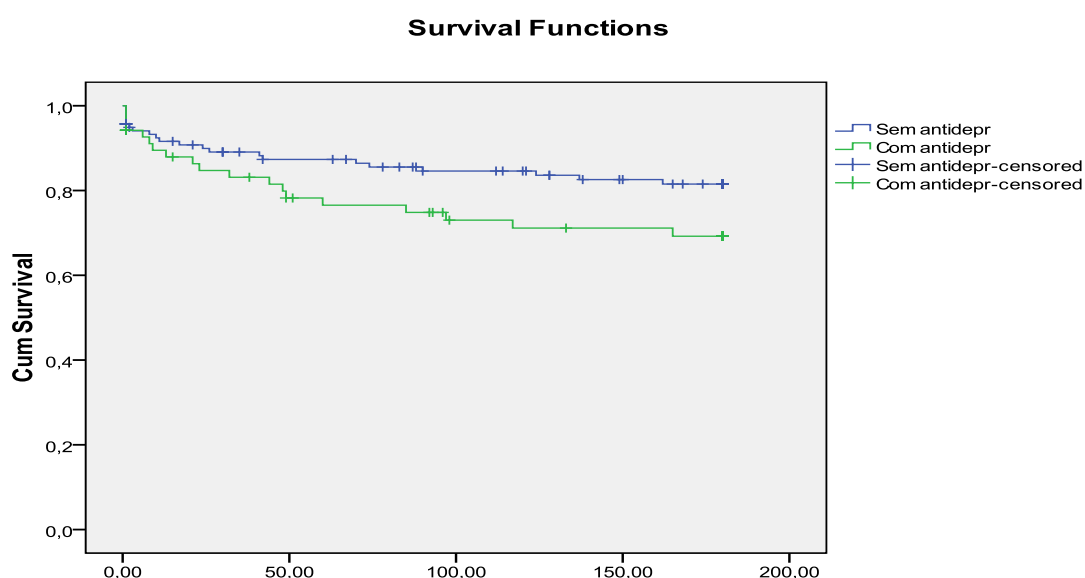


Figura 14 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para antidepressivos vs com indicação para antidepressivos ao longo do tratamento

Quando considerado o ponto de corte dos 120 dias observaram-se piores resultados para o grupo com o inferior tempo de toma. Ao determinarmos a média do tempo de toma para este grupo de doentes (menos de 120 dias) observou-se cerca de 2 meses (60 dias). Dado que o tempo médio de Kaplan Meier foi perto de 4 meses (125 dias), pode ser sugerido que em média os

doentes que deixam de tomar antidepressivos ao fim de 2 meses acabam por recair aos 4 meses, ou seja, com uma diferença de 2 meses.

Tal como aconteceu com os antidepressivos, também a indicação para BZD mostrou tendência para pior prognóstico ($p < 0,10$) ao nível da recaída em consumo pesado, tal como se observa na Fig.15. Quando separado o tempo de toma das BZD no ponto de corte dos 120 dias, já é obtido significado estatístico na diferença ($p < 0,05$), com os doentes que tomaram BZD por pelo menos 120 dias a apresentarem a mais alta taxa de incidência cumulativa de recaída em consumo pesado. Estes resultados sugerem que o tempo de toma de BZD pode estar associado a pior prognóstico. No entanto, uma limitação desta análise é o reduzido número de casos que tomaram BZD pelo menos 120 dias (5 doentes).

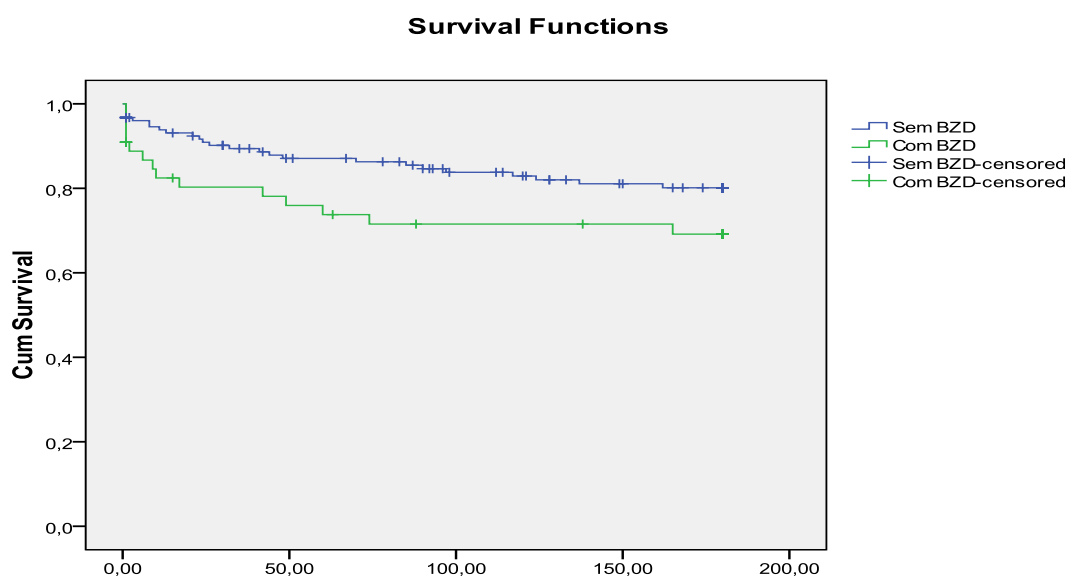


Figura 15 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para BZD vs com indicação para BZD ao longo do tratamento

A BUSP não apresentou associação com significado estatístico com a sobrevivência, no entanto, quando considerado a indicação para pelo menos um ansiolítico, BZD ou BUSP, os resultados apontam uma associação com significado estatístico com a sobrevivência à recaída em consumo pesado ($p=0,05$). Esta evidência da indicação para ansiolítico estar associada a pior prognóstico pode ser visualizada na Fig.16.

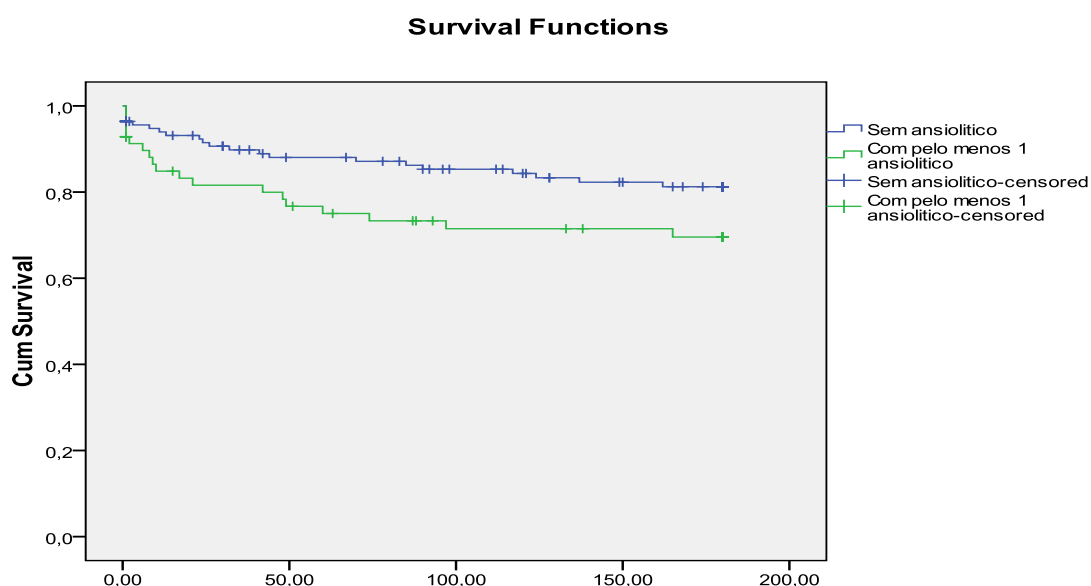


Figura 16 - Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para nenhum ansiolítico (BZD ou BUSP) vs com indicação para pelo menos 1 ansiolítico (BZD ou BUSP) ao longo do tratamento

O doente ter tido indicação para pelo menos um fármaco para comorbilidade psiquiátrica, quer seja antidepressivo quer seja ansiolítico, pode representar um pior prognóstico ao nível de sobrevivência à recaída em consumo pesado, embora sem significado estatístico ($p < 0,10$). No entanto, a indicação para

antidepressivos e ansiolíticos em simultâneo, o que pode constituir um pior cenário de medicação para comorbilidade psiquiátrica, está associada a pior sobrevivência à recaída em consumo pesado, tal como se pode observar na Fig.17 ($p<0,05$).

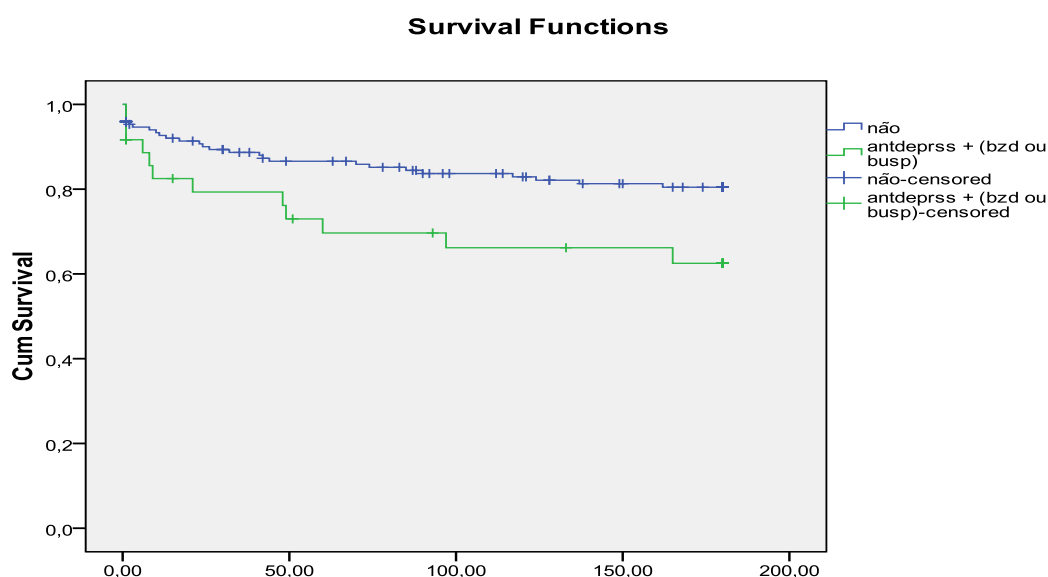


Figura 17- Comparação entre curvas de sobrevivência dos doentes sem indicação para ansiolítico (BZD ou BUSP) e antidepressivo em simultâneo vs com indicação para ansiolítico e antidepressivo em simultâneo ao longo do tratamento

Ao considerarem-se as outras variáveis de prognóstico (Quadro 47) só foram obtidos resultados com interesse estatístico para o tempo de toma de antidepressivos e o tempo de toma de BZD, assim como, a indicação para BZD. Mais concretamente, a toma de antidepressivos pelo menos durante 120 dias (com a variável que inclui a toma inferior a 120 dias e 0 dias) está associado a melhor prognóstico de abstinência em consumo pesado ($p<0,01$), abstinência de qualquer quantidade ($p<0,01$), mais tempo cumulativo de abstinência ($p<0,001$), e menos PLA aos 6 meses ($p<0,01$). As áreas sob a curva ROC dos doentes que tomaram antidepressivos também revelaram com significado estatístico um importante poder discriminante do tempo de

toma de antidepressivos para um melhor prognóstico (ROC entre 0,72; $p < 0,05$ e 0,83; $p < 0,001$), permitindo-nos assim concluir que mais tempo de toma de antidepressivos está associado a melhor prognóstico. Esta evidência pode ser observada na Fig.18 no que respeita à abstinência de consumo pesado.

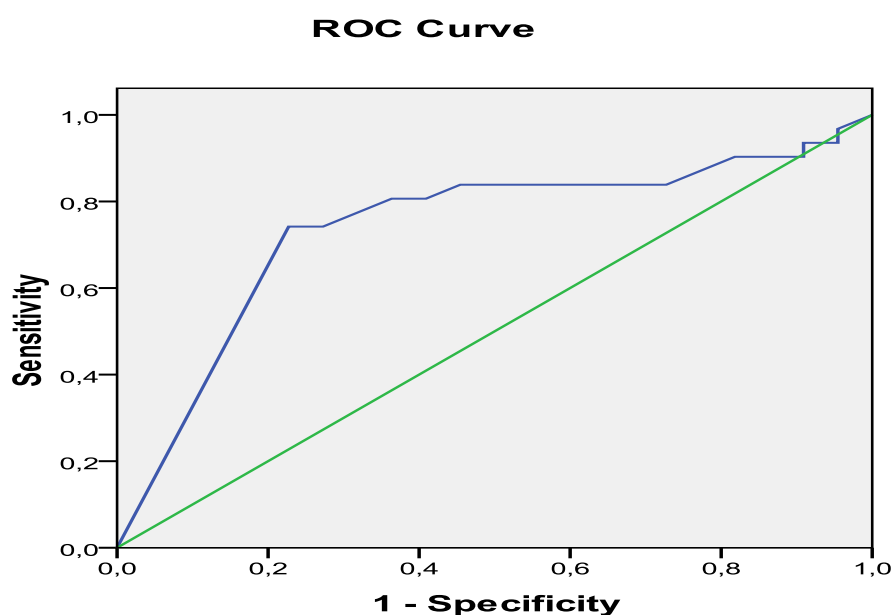


Figura 18 - Área sob a curva ROC dos dias de toma de antidepressivos para a abstinência de consumo pesado

Segundo esta análise, o ponto de corte de 120 dias de toma de antidepressivos tem uma sensibilidade de 80% e especificidade de 65% para a abstinência de consumo pesado, nos doentes com pelo menos um dia de toma. Ou seja, os abstinentes tiveram 80% de probabilidade de terem tomado antidepressivos pelo menos durante 120 dias e os não abstinentes tiveram a probabilidade de 65% de terem tomado antidepressivos por menos de 120 dias.

Em relação às BZD, os resultados sugerem que os doentes com indicação para este ansiolítico podem estar associados a pior prognóstico ao nível de recaídas mais duradouras ($p<0,10$), e quem tomou durante pelo menos 120 dias teve recaídas mais longas ($p<0,05$) e tendência para mais PLA aos 6 meses ($p<0,10$).

Quadro 46– Análise de Kaplan Meier dos factores de prognóstico dos fármacos para depressão e ansiedade no tempo até à recaída em consumo pesado (n máximo=209)

<i>Variável dos fármacos para depressão e ansiedade (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Indicação para antidepressivos (n=209)	0-Não (140) 1-Foi prescrito (69)	81,5% 69,2% $p=0,07$	18,5% 30,8%	154,8 138,3
Número de dias que o doente tomou antidepressivos (n=53)	0-<120 dias (20) 1->=120 dias (33)	59,6% 78,7% $p=0,15$	40,4% 21,3%	124,5 152,7
Toma de antidepressivos em 3 categorias (n=193)	0-dias de toma (140) 1-<120 dias (20) 2->=120 dias (33)	81,5% 59,6% 78,7% $p=0,12$	18,5% 40,4% 21,3%	154,8 124,5 152,7
Indicação para ansiolíticos BZD (n=209)	0-Não (154) 1-Foi prescrito (55)	80,1% 69,2% $p=0,07$	19,9% 30,8%	154,3 134,4
Número de dias que o doente tomou BZD (n=43)	0-<120 dias (38) 1->=120 dias (5)	75,8% 40,0% $p=0,06$	24,2% 60,0%	143,7 105,4
Toma de BZD em 3 categorias (n=197)	0- 0 dias de toma (154) 1-<120 dias (38) 2->=120 dias (5)	80,1% 75,8% 40,0% $p=0,04$	19,9% 24,2% 60,0%	154,3 143,7 105,4

<i>Variável dos fármacos para depressão e ansiedade (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa de sobrevivência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Taxa de Incidência cumulativa de Kaplan Meier aos 6 meses</i>	<i>Tempo médio de sobrevivência de Kaplan Meier (em dias)</i>
Indicação para ansiolíticos-BUSP (n=209)	0-Não (187) 1-Foi prescrito (22)	78,8% 65,5% p=0,16	21,2% 34,5%	151,7 130,0
Número de dias que o doente tomou BUSP (n=16)	0-<120 dias (12) 1->=120 dias (4)	65,6% 100,0% p=0,22	34,4% 0,0%	- -
Toma de BUSP em 3 categorias (n=203)	0- 0 dias de toma (187) 1-<120 dias (12) 2->=120 dias (4)	78,8% 65,6% 100,0% p=0,37	21,2% 34,4% 0,0%	- - -
Indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) (n=209)	0-Não (139) 1-Foi prescrito (70)	81,2% 69,6% p=0,05	18,8% 30,4%	155,9 135,9
Foram indicados ao doente antidepressivos e ansiolíticos em simultâneo (pelo menos 1 dos dois ansiolíticos) (n=209)	0-Não (173) 1-Foi prescrito (36)	80,5% 62,5% p=0,02	19,5% 37,5%	153,6 128,5
Foi indicado ao doente pelo menos um fármaco para depressão ou ansiedade (n=209)	0-Não (106) 1-Foi prescrito (103)	82,9% 71,8% p=0,06	17,1% 28,2%	158,4 140,2

p – obtido no teste de Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência (teste da hipótese nula de não existência de diferenças entre as curvas de sobrevivência), (.) – número de casos dentro de cada categoria do factor de prognóstico

Quadro 47– Análise dos factores de prognóstico dos fármacos para depressão e ansiedade na abstinência de consumo pesado e noutros resultados aos 6 meses de tratamento (n máximo=209)

<i>Variável dos fármacos para depressão e ansiedade (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Indicação para antidepressivos (n=209)	0-Não (140) 1-Foi prescrito (69)	52,9% 52,5%	45,7% 47,8%	64,3% 65,2%	23,5% 29,6%	43,9% 41,7%
Número de dias que o doente tomou antidepressivos (n=53)	0-<120 dias (20) 1->=120 dias (33)	30,0% 75,8% *** ROC=0,74 **	30,0% 72,7% ** ROC=0,74 **	35,0% 93,9% *** ROC=0,83 ***	38,5% 21,9% ROC=0,61	64,7% 17,9% *** ROC=0,72 *
Toma de antidepressivos em 3 categorias (n=193)	0-dias de toma (140) 1-<120 dias (20) 2->=120 dias (33)	52,9% 30,0% 75,8% **	45,7% 30,0% 72,7% **	64,3% 35,0% 93,9% ***	23,5% 38,5% 21,9%	43,9% 64,7% 17,9% **
Indicação para ansiolíticos BZD (n=209)	0-Não (154) 1-Foi prescrito (55)	52,6% 52,7%	47,4% 43,6%	63,0% 69,1%	21,6% 35,6% ++	45,4% 37,3%
Número de dias que o doente tomou BZD (n=43)	0-<120 dias (38) 1->=120 dias (5)	65,8% 40,0% ROC=0,64	57,9% 20,0% ROC=0,63	81,6% 80,0% ROC=0,55	28,6% 80,0% * ROC=0,72 *	22,9% 50,0% ++ ROC=0,69
Toma de BZD em 3 categorias (n=197)	0- 0 dias de toma (154) 1-<120 dias (38) 2->=120 dias (5)	52,6% 65,8% 40,0%	47,4% 57,9% 20,0%	63,0% 81,6% 80,0%	21,6% 28,6% 80,0%	45,4% 22,9% 50,0%
Indicação para ansiolíticos-BUSP (n=209)	0-Não (187) 1-Foi prescrito (22)	53,5% 45,5%	46,5% 45,5%	65,8% 54,5%	25,2% 29,4%	42,9% 47,1%

<i>Variável dos fármacos para depressão e ansiedade (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Número de dias que o doente tomou BUSP (n=16)	0-<120 dias (12) 1->=120 dias (4)	58,3% 50,0% ROC=0,53	58,3% 50,0% ROC=0,53	58,3% 75,0% ROC=0,63	27,3% 0,0% ROC=0,67	40,0% 50,0% ROC=0,67
Toma de BUSP em 3 categorias (n=203)	0- 0 dias de toma (187) 1-<120 dias (12) 2->=120 dias (4)	53,5% 58,3% 50,0%	46,5% 58,3% 50,0%	65,8% 58,3% 75,0%	25,2% 27,3% 0,0%	42,9% 40,0% 50,0%
Indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) (n=209)	0-Não (139) 1-Foi prescrito (70)	53,2% 51,4%	47,5% 44,3%	64,0% 65,7%	22,0% 32,1%	44,6% 40,3%
Foram indicados ao doente antidepressivos e ansiolíticos em simultâneo (pelo menos 1 dos dois ansiolíticos) (n=209)	0-Não (173) 1-Foi prescrito (36)	53,8% 47,2%	47,4% 41,7%	65,9% 58,3%	23,4% 35,7%	43,6% 41,4%
Foi indicado ao doente pelo menos um fármaco para depressão ou ansiedade (n=209)	0-Não (106) 1-Foi prescrito (103)	51,9% 53,4%	45,3% 47,6%	61,3% 68,0%	21,6% 29,3%	45,5% 40,9%

* $p < 0,05$ num teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** $p < 0,01$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** $p < 0,001$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ $p < 0,10$ num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) - número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC - Área sob a curva ROC (área>0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo, para as variáveis toma de BZD em 3 categorias e toma de Busp em 3 categorias não foi efectuado o teste do Qui quadrado devido a frequências esperadas baixas

4.26 – Resumo dos factores de prognóstico seleccionados para análise multivariável (n=209)

De modo a ficarmos com uma visão de conjunto dos resultados mais importantes da extensa lista de factores de prognóstico estudados, vamos resumir no Quadro 48 os factores de prognóstico com resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$), ou próximo de significado estatístico ($p < 0,10$), em pelo menos uma das variáveis de resultado.

Ainda, dentro do grupo de factores de prognóstico com resultado estatisticamente significativo ou próximo de atingir significado estatístico, excluímos da selecção do Quadro 48 factores de prognóstico com resultados estatísticos que sugeriram presença de colinearidade com outros factores de prognóstico seleccionados para análise multivariável. As colinearidades que foram tomadas em atenção face aos resultados estatísticos da análise bivariável foram; entre o tempo de consumo pesado e a idade, a história de uso de cocaína e a história de uso de heroína, o tempo de consumo pesado e o indicador de gravidade combinado da duração com a quantidade, GGT e o ALT, o total dos PLA e cada um dos 11 PLA que contribuíram para este total, a toma de DIS e outras variáveis compostas com tempo de toma ou indicação para DIS, a indicação para ACA e outras variáveis compostas com tempo de toma ou indicação para ACA, as fases das consultas com ponto de corte de 2,5 e as fases das consultas com ponto de corte de 1, as fases das consultas com ponto de corte de 2,5 e a taxa de participação do co-responsável nas consultas, as fases das consultas com ponto de corte de 2,5 e o médico responsável pelo tratamento dos seus doentes, a toma de antidepressivos e qualquer outra variável composta com tempo de toma ou indicação para antidepressivos, e finalmente, a indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) e qualquer outra variável que envolva BZD ou BUSP.

Consequentemente vamos obter neste Quadro 48 uma possível versão dos factores de prognóstico a serem incluídos em modelos multivariáveis, selecção essa apoiada em critérios estatísticos de valores p baixos e evitando

algumas colinearidades esperadas na modelação. No entanto vamos justificar a não selecção de variáveis com $p < 0,10$ (ou inferior) para este Quadro. Em suma, este Quadro 48 vai nos assim ajudar a focalizar a nossa atenção numa possível versão das variáveis mais importantes para a construção dos modelos multivariáveis.

Deste modo, as variáveis seleccionadas para análise multivariável (Quadro 48) foram o sexo, o nível sócio económico de Graffard, a situação profissional, a situação familiar e social, a história de uso de cocaína, a história de uso ou uso concomitante de tabaco, os anos de consumo excessivo pesado, o número de dias desde a última bebida, o tipo de bebida preferida, o consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço, se já tinha feito tratamento com DIS, a frequência anterior de AA, o GGT aumentado, ter pelo menos 5 PLA no ARPQ, ter presente o critério 2 de dependência física/abstinência do SDA, a toma de DIS com ponto de corte de 120 dias, a indicação para ACA, o número de consultas realizadas pelo doente (com ponto de corte de 4 consultas), as fases das consultas (com ponto de corte de 2,5), a presença em sessões de AA durante o tratamento, o sexo do médico, a toma de antidepressivos (com ponto de corte dos 120 dias), e a indicação para pelo menos um dos ansiolíticos (BZD ou BUSP).

Os resultados destas variáveis seleccionadas sugerem com significado estatístico ($p < 0,05$) ou com tendência para significado estatístico ($p < 0,10$), que os doentes do sexo feminino têm pior prognóstico, os níveis sócio económicos mais baixos têm pior prognóstico, os doentes com emprego a tempo inteiro e vínculo contratual têm melhor prognóstico, os doentes que vivem sós têm melhor prognóstico, os doentes com história de uso de cocaína têm pior prognóstico, os doentes com história de uso ou uso concomitante de tabaco têm pior prognóstico, o prognóstico melhora com o tempo de consumo até aos 20 anos de duração, a partir do qual se inverte esta tendência, tendo os doentes com mais de 20 anos de consumo o pior prognóstico em comparação com quem consome à menos de 20 e menos de

10 anos, quem entra em tratamento com menos tempo sem beber (entre 1 a 7 dias) tem melhor prognóstico, quem consome bebidas com mais teor alcoólico (destiladas e fortificadas) tem pior prognóstico, quem consome álcool pela manhã e/ou antes do almoço tem melhor prognóstico, quem já fez tratamento anterior com DIS tem melhor prognóstico, quem já frequentou anteriormente AA tem pior prognóstico, os doentes com GGT aumentado (>1) têm pior prognóstico, os doentes com 5 ou mais dos 11 PLA do ARPQ na admissão têm pior prognóstico, os doentes com o critério 2 do SDA que respeita sintomas de dependência física face a sintomas de abstinência têm melhor prognóstico, para quem toma DIS fazê-lo por menos de 120 dias está associado a pior prognóstico, os doentes com indicação para ACA tiveram pior prognóstico, os doentes terem realizado pelo menos 4 das 7 consultas previstas para 6 meses de tratamento está associado a melhor prognóstico, mais fases das consultas (pelo menos 2,5 de fases média por consulta) está associado a melhor prognóstico, quem participou em sessões AA durante o tratamento tem pior prognóstico, os doentes com médico do sexo masculino tiveram melhor prognóstico, para quem tomou antidepressivos a toma por períodos inferiores a 120 dias está associado a pior prognóstico, e finalmente, os doentes com indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) tiveram pior prognóstico.

A variável idade apesar de apresentar uma área sob a curva ROC com $p < 0,10$, evidenciou sempre um fraco poder discriminante em todas as áreas sob a curva ROC, não tendo nenhum dos seus resultados de análise bivariável atingido significado estatístico para $p < 0,05$. Deste modo não a incluímos neste Quadro 48 de resumo para posterior análise multivariável. Mais ainda, a idade está correlacionada com os anos de consumo excessivo pesado (R de Spearman= $0,44$; $p < 0,001$), que por sua vez, é uma variável que se revelou estatisticamente mais importante para inclusão na análise multivariável, nomeadamente, revelando associações estatisticamente significativas com 4 das 6 variáveis de resultado.

A variável pessoa co-responsável pelo doente apresentou dois resultados de $p < 0,10$, nomeadamente para a abstinência de consumo pesado e abstinência de qualquer quantidade. No entanto, quando se recodificou esta variável nas categorias de maior interesse para a investigação, isto é, companheiro/namorado(a) versus outro co-responsável, não se obteve qualquer resultado estatisticamente significativo ou com $p < 0,10$, e daí decidimos não seleccionar esta variável para análise multivariável. A categoria que representa o companheiro/namorado(a) esteve presente em 61% da amostra, o que demonstra o seu especial interesse para comparação com uma categoria representativa de um outro qualquer co-responsável. Mais ainda, companheiro/namorado(a) na grande maioria das situações está associado a existência de relação afectivo/sexual com co-habitação, que podem ser indicadores de estabilidade familiar e social, e como tal, faria todo o sentido esta recodificação em companheiro/namorado(a) versus outro co-responsável.

Em relação à situação profissional, decidimos incluir a variável recodificada em emprego a tempo inteiro e vínculo contratual versus uma outra situação mais problemática em termos profissionais, o que faz todo o sentido de acordo com a literatura. Esta variável recodificada apresentou sempre resultados que favorecem os doentes com melhor situação profissional, sendo estatisticamente significativos em duas das variáveis resultado. A variável original da situação profissional com todas as categorias também apresentou resultados estatisticamente significativos, tendo sido o pior prognóstico atingido para o grupo dos reformados, com todos os doentes recaídos em consumo pesado ao fim de 6 meses. No entanto, como este grupo só dispunha de 4 doentes, torna-se muito limitado a sua inclusão numa análise multivariável, em que se deseja que os doentes associados às categorias das variáveis não estejam em dimensões próximas de zero.

Em relação às variáveis que representam a história de uso de outras substâncias, decidimos seleccionar a história de uso de cocaína e uso de

tabaco em detrimento de outras variáveis importantes como a história de uso de heroína e história de uso das 5 substâncias. Por um lado, de todas as variáveis que representam individualmente cada uma das 5 substâncias, foi a história de uso de cocaína que apresentou mais diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente em 3 das 6 variáveis de resultado, apresentando ainda $p < 0,10$ para outra das variáveis de resultado. A história de uso de pelo menos uma das substâncias heroína ou cocaína, assim como a história de uso de heroína não apresentaram tão bons resultados como a história de uso de cocaína, sendo também verdade que o uso de cocaína está estatisticamente muito associado ao uso de heroína nestes doentes (coeficiente de concordância $K = 0,82$; $p < 0,001$). Em relação ao tabaco, decidimos inclui-lo nesta selecção uma vez que apresentou um resultado estatisticamente significativo e outros dois resultados a um nível de $p < 0,10$. Para além disso, o tabaco é uma substância com uma importância social completamente diferente da cocaína pois é legalmente aceite o seu consumo, de tal modo que, foi observado uma prevalência de 69% para estes doentes em estudo. Ainda mais, o consumo de tabaco apresentou coeficientes de concordância próximos de zero com o consumo de cocaína, o que pode sugerir um certo nível de independência entre estes dois factores de prognóstico.

Deste modo também não incluímos nesta selecção a história de uso de pelo menos uma das 5 substâncias consideradas (heroína, cocaína, cannabis, BZD e tabaco) uma vez que já tínhamos seleccionado a cocaína com melhores resultados, assim como, o uso de tabaco.

Em relação às variáveis que traduzem a gravidade do consumo pela quantidade de álcool num dia típico e duração do tempo de consumo excessivo pesado, decidimos seleccionar para análise multivariável a duração do consumo, em detrimento da quantidade de álcool e do indicador de gravidade por nós proposto, uma vez que é das três variáveis a que apresentou melhores resultados estatísticos. Mais concretamente, o tempo

de consumo excessivo pesado encontrou-se associado com significado estatístico ($p < 0,05$) a 4 das 6 variáveis de resultado, enquanto que a quantidade de álcool num dia típico, assim como, o indicador de gravidade combinado não revelaram qualquer associação estatisticamente significativa com qualquer variável de resultado. Ainda uma nota de alguma importância é que para os doentes com duração de consumo até 20 anos, mais tempo de consumo está correlacionado com maior duração cumulativa da abstinência ($p < 0,01$) e menos duração máxima da recaída ($p < 0,05$) durante os 6 meses de tratamento.

Em relação aos tratamentos anteriores e tempo de abstinência anterior, foi encontrado um resultado de $p < 0,10$ em relação à duração da abstinência conseguida anteriormente. No entanto, sendo o único resultado com algum interesse estatístico em termos de valor p encontrado, tendo esta variável um fraco poder discriminante do prognóstico (áreas sob a curva ROC a tender para 0,50) e não existindo um padrão claro, tal como por exemplo, mais abstinência anterior associado a melhor prognóstico, decidimos não incluir esta variável na selecção para análise multivariável.

No que diz respeito aos problemas legais, o único resultado com algum interesse ($p < 0,10$) foi o de condutores já referenciados pela polícia com taxa de álcool no sangue superior ao limite legal, terem pior prognóstico numa das variáveis de resultado. No entanto, como esta análise só foi efectuada para $n=147$ doentes condutores, de modo a não reduzir-se muito a amostra em estudo decidimos não incluir esta variável na análise multivariável. De qualquer modo, a abordagem aos problemas legais também está incluída nos PLA do ARPQ, seleccionado por sua vez para análise multivariável.

Atendendo agora às avaliações laboratoriais decidimos incluir o GGT em detrimento do ALT, apesar de ambas as avaliações terem revelado resultado de $p < 0,10$ na análise de Kaplan Meier, evidenciando que valores aumentados nestas duas avaliações podem produzir mais incidência cumulativa de recaída

em consumo pesado. Por um lado o GGT está bem correlacionado com o ALT (R de Spearman de 0,61; $p < 0,001$), tornando-se desnecessário incluir as duas variáveis na análise multivariável, e por outro lado, o GGT também se revelou um bom indicador de gravidade na admissão ao tratamento, dado que está estatisticamente associado a variáveis de gravidade, tais como o padrão de consumo diário (mais GGT associado a mais consumo diário; $p < 0,05$) e beber pela manhã e/ou antes do almoço (mais GGT associado a mais consumo de manhã; $p < 0,05$). Deste modo o GGT sugere traduzir melhor a gravidade do doente que o ALT. O GGT revelou-se ainda associado com significado estatístico à presença simultânea dos 7 critérios de diagnóstico do alcoolismo, o que reforça a importância do GGT como indicador de gravidade dos doentes.

O doente ter tido pelo menos 5 PLA no ARPQ evidenciou sob o ponto de vista estatístico os melhores resultados de todas as 11 variáveis dos PLA, sendo os resultados muito consistentes no sentido em que mais PLA está estatisticamente associado sempre a pior prognóstico em todas as variáveis de resultado (com valores p a variar entre 0,05 e 0,001). Deste modo, não incluímos os problemas com compromissos profissionais e sociais, as discussões familiares e sociais, a violência familiar e social e a hipótese de afastamento do ambiente familiar e social em consequência das discussões que também revelaram alguns resultados estatisticamente importantes como factores de prognóstico (com valores p a variar entre 0,10 e 0,001). No entanto, estes problemas ao fazerem parte do total dos PLA do ARPQ estão naturalmente associadas com a variável baseada no total de problemas, por sua vez incluída nas análises de regressão múltiplas. Do mesmo modo, os problemas com a polícia do ARPQ apesar de apresentarem um resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$), também não foram seleccionados porque também contribuíram para o total dos PLA. Ainda, uma nota curiosa face ao número de PLA, é que só mostrou uma correlação ligeira com o número de critérios de diagnóstico do SDA, não se mostrando correlacionado nem com as variáveis de gravidade ligadas à história de consumo de álcool,

tais como a duração de consumo e a quantidade de consumo, nem com as avaliações laboratoriais como o GGT.

Quando considerados os 7 critérios do SDA, não foi incluído o total dos critérios na análise uma vez que não revelaram qualquer resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$), nem sequer a um nível de tendência de significado estatístico ($p < 0,10$). No entanto o critério 2 de dependência física/abstinência revelou dois resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$), sugerindo neste caso melhor prognóstico para os doentes que revelaram presença de dependência física através de sintomas de abstinência. Deste modo seleccionamos para análise múltipla o critério 2 de dependência física/abstinência.

No que respeita aos fármacos para controlo de consumo, pensamos que as variáveis mais adequadas a incluir foram a toma de DIS com ponto de corte dos 120 dias e a indicação para ACA, embora a toma de DIS em pelo menos 120 dias esteja associado a melhor prognóstico, enquanto que, a indicação para ACA esteja associado a pior prognóstico. Para os doentes com pelo menos um dia de toma de DIS, o ponto de corte dos 120 dias é importante pois ficou demonstrado que o tempo de toma de DIS tem elevado poder discriminante de bom prognóstico com áreas sob a curva ROC a variar entre 0,82 ($p < 0,001$) e 0,97 ($p < 0,001$), tendo o ponto de corte de 120 dias demonstrado boa sensibilidade e especificidade para melhor prognóstico. Por exemplo, a toma de DIS pelo menos durante 120 dias tem 97% de sensibilidade e 70% de especificidade para a abstinência de consumo pesado, nos doentes que tomaram DIS pelo menos um dia. As outras variáveis relacionadas com o tempo de toma e indicação para DIS e ACA não apresentaram resultados tão relevantes como estas variáveis seleccionadas para análise multivariável. Foi ainda observado que os doentes com indicação para fármacos para controlo do consumo têm alguma tendência, pelo menos a um nível estatístico descritivo, de serem algo mais graves na admissão ao tratamento, no entanto, esta evidência raramente atingiu significado

estatístico para $p < 0,05$. Mais concretamente, só a toma de pelo menos um dos dois fármacos DIS ou ACA é que se revelou estatisticamente associado com uma maior quantidade de álcool num dia típico na admissão ($p < 0,05$). Um aspecto importante encontrado para o tempo de toma de DIS é que este se revelou correlacionado com a taxa de participação do co-responsável nas consultas, no sentido em que mais participação do co-responsável está associado a mais tempo de toma de DIS ($p < 0,001$).

Considerando os aspectos não farmacológicos do tratamento, decidimos seleccionar para o modelo múltiplo o número de consultas e as fases das consultas com ponto de corte de 2,5 em detrimento da presença do co-responsável nas consultas e das fases das consultas com ponto de corte de 1. De todas estas variáveis, a presença do co-responsável nas consultas foi a que evidenciou resultados estatísticos menos importantes, com superior valor p na análise Kaplan Meier (embora estatisticamente significativo $p = 0,04$), e com áreas sob a curva ROC a tenderem para o valor de hipótese nula 0,50 e sem significado estatístico. Mais ainda, a percentagem de presença do co-responsável nas consultas está correlacionado com alguma magnitude com as fases das consultas (R de Spearman = 0,43; $p < 0,001$), o que seria de esperar pois a participação do co-responsável nas consultas é parte integrante das fases das consultas. Deste modo pensamos ser mais adequado inserir num modelo múltiplo a variável como mais relevância estatística, ou seja, as fases das consultas. Os resultados com o ponto de corte de 1 nas fases das consultas não permitiram atingir resultados estatísticos tão relevantes como os atingidos com o ponto de corte de 2,5. Por exemplo, na análise Kaplan Meier com o ponto de corte de 2,5 a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,001$) enquanto que com o ponto de corte de 1 já não o é. Outros resultados com interesse neste âmbito dos aspectos não farmacológicos do tratamento, foram que o numero de consultas está correlacionado com o indicador de gravidade que combina a duração do consumo com a quantidade diária (R de Spearman = 0,16; $p < 0,05$) podendo sugerir que mais gravidade da história de consumo está associado a

mais consultas, para além do resultado estatístico encontrado em que os doentes com indicação para DIS ou ACA também realizaram mais consultas ($p < 0,05$). Também, é importante lembrarmos que o tempo de toma de DIS se mostrou correlacionado com alguma magnitude com o número de consultas realizadas (R de Spearman=0,47; $p < 0,001$), facto que já não se observou para o tempo de toma de ACA. Deste modo, ficamos com a evidência que mais tempo de toma de DIS está associado a maior número de consultas. Ainda, uma nota final relativa ao número de consultas é que estas também se encontraram correlacionadas com as fases das consultas, embora com uma magnitude mais ligeira (R de Spearman=0,16; $p < 0,05$).

Em relação às características do médico, decidimos incluir unicamente o sexo em detrimento da variável médico em si. Esta última, apesar de estatisticamente significativa inclui médicos com poucos doentes (7 e 8 doentes), o que pode tornar imprecisas e inconclusivas algumas estimativas a obter na abordagem multivariável. Mais ainda, o médico está associado ao método de consulta caracterizado pelas diferentes fases ($p < 0,001$), estando a variável das fases das consultas já seleccionada para análise multivariável. Os resultados do sexo feminino mostraram-se em termos descritivos consistentemente associados a pior prognóstico, com algumas diferenças entre sexos estatisticamente significativas face a variáveis de resultado. No entanto, uma nota importante é que o sexo do médico também está associado às fases das consultas, com os médicos do sexo masculino a efectuarem mais fases nas consulta que os do sexo feminino ($p < 0,05$).

Finalmente, em relação à medicação para depressão e ansiedade, seleccionamos a toma de antidepressivos em 3 categorias (0 dias, menos de 120 dias, 120 ou mais dias) devido a ter revelado resultados muito importantes em termos estatísticos, com associações estatisticamente significativas ($p < 0,01$) com 4 das 6 variáveis de prognóstico, assim como, com as correspondentes 4 áreas sob a curva ROC a variar entre 0,72 ($p < 0,05$) e 0,83 ($p < 0,001$). Ter efectuado a toma em pelo menos 120 dias

revelou uma sensibilidade para a abstinência de consumo pesado de 80% e uma especificidade de 65%. Tal como aconteceu para a toma de DIS, observa-se o mesmo padrão de pior prognóstico em quem teve tempo de toma inferior a 120 dias para os doentes com toma do fármaco, sendo este resultado consistente em todas as variáveis de prognóstico. Assim, devido a esta variável da toma de antidepressivos com o ponto de corte de 120 dias ter revelado resultados mais importantes do ponto de vista estatístico, decidimos não incluir na análise multivariável as outras variáveis que envolvem a toma de antidepressivos.

Considerando agora os ansiolíticos, decidimos incluir a variável que representa a indicação para pelo menos um dos ansiolíticos (BZD ou BUSP) uma vez que apresentou um resultado estatisticamente significativo ($p=0,05$). Este resultado estatisticamente significativo revela que os doentes com indicação para ansiolítico tiveram pior tempo de sobrevivência a consumo pesado. A toma de BZD em 3 categorias com o ponto de corte de 120 dias também revelou resultados estatisticamente significativos, com uma associação entre mais uso de BZD e pior sobrevivência. No entanto, decidimos não seleccionar esta variável para análise multivariável pois o grupo de doentes com toma pelo menos 120 dias de BZD é muito reduzido com unicamente 5 doentes. Dentro dos doentes com indicação para pelo menos 1 ansiolítico observou-se que 79% tiveram indicação para BZD, o que dá uma grande representatividade deste ansiolítico nesta variável mais geral de toma de ansiolítico. Ainda uma nota importante, é que os doentes com indicação para pelo menos um dos ansiolíticos têm mais gravidade na admissão ao tratamento com mais taxa de consumo diário de álcool ($p<0,05$) e maior mediana no indicador combinado de gravidade da duração com o consumo diário ($p<0,05$).

Quadro 48– Resumo dos factores de prognóstico de maior relevância para a análise multivariável – 6 meses de seguimento (n máximo=209)

<i>Factor de prognóstico (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa sobreviv Cumulat Kaplan Meier (n=209)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Sexo (n=209)	0-Masculino (176)	78,1%	55,7%	48,9%	67,0%	24,1%	40,4%
	1-Feminino (33)	72,2%	36,4%*	33,3%	51,5%++	36,8%	58,1%++
Nível sócio económico de Graffard (n=209)	0-Elevado até médio (81)	77,4%	61,7%	53,1%	72,8%	21,5%	33,8%
	1- Méd/baixo+ Baixo (128)	77,3%	46,9%*	42,2%	59,4%*	28,6%	49,2%*
Situação profissional (n=209)	0-Sem emprego temp inteiro nem vínculo (109)	74,7%	45,0%	41,3%	60,6%	29,3%	50,5%
	1-Com emprego temp inteiro e/ou vínculo (100)	79,6%	61,0%*	52,0%	69,0%	22,2%	35,2%*
Situação familiar e social (n=209)	0-Vive com alguém (192)	76,9%	51,0%	44,3%	63,0%	27,0%	44,3%
	1-Vive só (17)	80,7%	70,6%	70,6%*	82,4%	13,3%	31,3%
História de uso de cocaína (n=209)	0-Sem hist de uso (188)	77,9%	55,3%	50,0%	67,0%	26,0%	40,9%
	1-Com hist de uso (21)	70,5%	28,6%*	14,3%**	42,9%*	20,0%	61,9%++
História de uso ou uso concomitante de tabaco (n=209)	0-Sem hist de uso (65)	74,4%	61,5%	55,4%	75,4%	30,9%	34,5%
	1-Com hist de uso (144)	78,8%	48,6%++	42,4%++	59,7%*	22,8%	47,0%
Anos de consumo excessivo pesado (n=209)	1-<=10 anos cons (95)	76,6%	46,3%	40,0%	56,8%	26,6%	47,7%
	2-11-20 anos cons (83)	77,8%	65,1%	60,2%	79,5%	19,7%	32,1%
	3->20 anos cons (31)	79,3%	38,7%*	29,0%**	48,4%***	42,9%++	60,7%*
			ROC=0,57++	ROC=0,56	ROC=0,57	ROC=0,52	ROC=0,56

<i>Factor de prognóstico (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa sobrev Cumulat Kaplan Meier (n=209)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Número de dias desde a última bebida (n=209)	0- > 7 dias (137) 1-1-7dias (72)	72,9% 85,1%	46,7% 63,9% * ROC=0,58++	42,3% 54,2% ROC=0,55	61,3% 70,8% ROC=0,53	26,3% 24,6% ROC=0,51	48,8% 33,3% * ROC=0,61*
Tipo de bebida preferida (n=209)	0-Vinho+cerveja (178) 1-Destil+fortif (31)	78,4% 71,1%	55,1% 38,7% ++	48,9% 32,3% ++	66,9% 51,6%	24,1% 36,8%	41,8% 51,9%
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço (n=209)	0-Não consome (53) 1-Consome (156)	84,0% 75,3%	47,2% 54,5%	35,8% 50,0% ++	60,4% 66,0%	23,5% 26,2%	46,9% 42,0%
Tratamento anterior com DIS (só para quem fez tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez (186) 1 – Fez (23)	76,1% 86,1%	50,5% 69,6% ++	44,6% 60,9%	63,4% 73,9%	27,7% 10,5%	43,9% 36,8%
Frequência anterior de AA (independentemente de ter feito ou não tratamento anterior) (n=209)	0 – Não fez (177) 1 – Fez (32)	76,5% 83,3%	53,7% 46,9%	47,5% 40,6%	65,5% 59,4%	27,0% 15,8%	40,2% 60,7% *
GGT - gama glutamiltransferase (n=193)	0 – Nomal (<=1) (88) 1 – Aumentado (>1) (105)	81,8% 72,9% ++	52,3% 57,1% ROC=0,54	47,7% 49,5% ROC=0,52	63,6% 70,5% ROC=0,55	27,5% 24,4% ROC=0,51	42,0% 39,2% ROC=0,53

<i>Factor de prognóstico (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa sobreviv Cumulat Kaplan Meier (n=209)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Soma de PLA do ARPQ (0 a 11 PLA) (n=192)	0 – abaixo de 5 problemas (mediana) (70) 1 – 5 ou mais problemas (mediana) (122)	88,3% 74,5% *	68,6% 45,9% ** ROC=0,58 ++	62,9% 38,5% *** ROC=0,59 *	82,9% 54,9% *** ROC=0,61 *	10,7% 30,2% ** ROC=0,60 ++	28,6% 51,6% ** ROC=0,57 ++
Critério 2 SDA Dependência física – Abstinência (n=192)	0 – Critério ausente (29) 1 – Critério presente (163)	84,4% 79,3%	41,4% 56,4%	34,5% 49,7%	48,3% 68,1% *	23,5% 22,4%	62,1% 39,9% *
Toma de DIS em 3 categorias (n=186)	0-0dias de toma (38) 1-<120 dias (42) 2->=120 dias (106)	87,9% 45,7% 87,6% ***	44,7% 7,1% 83,0% ***	44,7% 7,1% 71,7% ***	55,3% 21,4% 97,2% ***	17,4% 60,9% 17,6% ***	57,9% 83,8% 11,5% ***
			ROC=0,93 *** (s)	ROC=0,89 *** (s)	ROC=0,97 *** (s)	ROC=0,82 *** (s)	ROC=0,92 *** (s)
Indicação para ACA (n=209)	0 – Não (179) 1 – Foi prescrito (30)	80,4% 61,2% *	52,5% 53,3%	46,9% 43,3%	63,7% 70,0%	21,7% 44,4%*	44,2% 37,9%
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas) (n=209)	0 – de 1 a 3 consultas (71) 1 – de 4 a 7 consultas (138)	67,4% 81,5% ***	12,7% 73,2% *** ROC=0,82 ***	12,7% 63,8% *** ROC=0,75 ***	16,9% 89,1% *** ROC=0,90 ***	42,9% 21,9% * ROC=0,59 ++	86,4% 20,6% *** ROC=0,86 ***
Média das fases das consultas (de 1 a 4) (n=209)	0-<2,5 fases por consulta (125) 1->=2,5 fases por consulta (84)	68,3% 89,3% ***	39,2% 72,6% *** ROC=0,68 ***	35,2% 63,1% *** ROC=0,65 ***	54,4% 79,8% *** ROC=0,64 ***	38,4% 10,0% *** ROC=0,69 ***	54,4% 26,9% *** ROC=0,66 ***

<i>Factor de prognóstico (n=)</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Taxa sobreviv Cumulat Kaplan Meier (n=209)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=209)</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=209)</i>	<i>Tempo cumulativ abstinenc acima da média de 131 dias (n=209)</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=156)</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=192)</i>
Participação em sessões de AA durante o tratamento (n=209)	0 –Não participou em nenhuma sessão (171) 1 –Participou em pelo menos 1 sessão (38)	78,8% 70,0%	54,4% 44,7%	49,1% 34,2% ++	66,1% 57,9%	22,0% 41,4% *	42,4% 47,1%
Sexo do médico (n=209)	0-Masculino (193) 1-Feminino (16)	79,3% 55,0% **	54,4% 31,3% ++	47,7% 31,3%	65,8% 50,0%	23,2% 50,0% *	42,6% 55,6%
Toma de antidepressivos em 3 categorias (n=193)	0-dias de toma (140) 1-<120 dias (20) 2->=120 dias (33)	81,5% 59,6% 78,7%	52,9% 30,0% 75,8% **	45,7% 30,0% 72,7% **	64,3% 35,0% 93,9% ***	23,5% 38,5% 21,9%	43,9% 64,7% 17,9% **
			ROC=0,74 ** (s)	ROC=0,74 ** (s)	ROC=0,83 *** (s)	ROC=0,61 (s)	ROC=0,72 * (s)
Indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) (n=209)	0-Não (139) 1-Foi prescrito (70)	81,2% 69,6% *	53,2% 51,4%	47,5% 44,3%	64,0% 65,7%	22,0% 32,1%	44,6% 40,3%

* p<0,05 num teste Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência e teste do Qui quadrado ou exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ** p<0,01 num teste Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência e num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, *** p<0,001 num teste Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência e num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, ++ p<0,10 num teste Log Rank para comparação de curvas de sobrevivência e num teste do Qui quadrado ou teste exacto de Fisher para comparação das categorias e teste da área sob a curva ROC=0,50, (.) – número de casos máximo dentro de cada categoria do factor de prognóstico, ROC – Área sob a curva ROC (área>0,50 quer seja de acordo com a variável binária em 1 ou em 0), % - taxa de resultado dentro do grupo comparativo, (s) – Curva ROC determinada na subamostra com tempo de toma efectivo >0

4.27 – Análise multivariável de regressão de Cox e regressão logística para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes

Após este trabalho de identificação de factores de prognóstico apresentados no Quadro 48, podemos avançar para a aplicação de técnicas estatísticas multivariáveis de modo a extrairmos os factores de maior relevância para o prognóstico dos doentes. Os resultados que vamos apresentar respeitam modelos finais otimizados, no sentido de possuírem o maior número de factores de prognóstico estatisticamente significativos e com os parâmetros ajustados entre si. Ou seja, a modelação multivariável vai funcionar como um último filtro de extracção dos factores de prognóstico estatisticamente mais importantes.

Em relação ao tempo até à recaída em consumo pesado de álcool atingimos a solução da análise de regressão múltipla de Cox de acordo com o Quadro 49, com um modelo múltiplo estatisticamente significativo para seis factores de prognóstico ($p < 0,001$), factores esses também estatisticamente significativos em termos individuais após ajustamento entre si ($p < 0,05$).

Os resultados da análise multivariável de Cox (Quadro 49) vão ao encontro dos resultados da análise bivariável no que respeita o sentido das associações bivariáveis encontradas, dando evidência estatística que o facto de entrar em tratamento com pouco tempo sem beber (até 7 dias sem beber) é um factor protector da recaída em consumo pesado ($HR = 0,32$; $p < 0,05$), ter a avaliação de GGT aumentada face ao limite normal revelou-se um factor de risco associado a mais recaída ($HR = 2,48$; $p < 0,05$), o facto de um doente tomar DIS menos de 120 dias dado que lhe foi prescrito DIS é o pior factor de risco para a recaída em consumo pesado ($HR = 15,00$; $p < 0,001$), os doentes com indicação para ACA revelaram também ter um risco acrescido de recaída ($HR = 2,60$; $p < 0,05$), as consultas terem mais de duas fases revelou-se o factor protector da recaída pesada com maior magnitude ($HR = 0,28$; $p < 0,01$), e finalmente, ter sido prescrito ao doente ansiolíticos

(BZD ou BUSP) também se revelou um factor de risco associado a mais recaída em consumo pesado (HR=2,12; $p<0,05$).

Quadro 49– Análise de regressão múltipla de Cox para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a recaída em consumo pesado aos 6 meses de seguimento (n=176)

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Hazard Ratio (HR)</i>	<i>Valor p</i>	<i>Limite inferior do IC (95%)</i>	<i>Limite superior do IC (95%)</i>
Número de dias desde a última bebida	0- > 7 dias - REF	1			
	1-1-7dias	0,323	0,022	0,123	0,848
GGT - gama glutamiltransferase	0 – Nomal (≤ 1) - REF	1			
	1 – Aumentado (>1)	2,478	0,020	1,157	5,308
Toma de DIS em 3 categorias	0-0 dias de toma - REF	1			
	1-<120 dias	15,000	<0,001	3,806	59,117
	2->=120 dias	2,955	0,127	0,734	11,901
Indicação para ACA	0 – Não - REF	1			
	1 – Foi prescrito	2,600	0,037	1,059	6,382
Média das fases das consultas (de 1 a 4)	0-<2,5 fases por consulta - REF	1			
	1->=2,5 fases por consulta	0,280	0,008	0,109	0,723
Indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP)	0-Não - REF	1			
	1-Foi prescrito	2,124	0,046	1,012	4,460

Modelo de Regressão de Cox com $p<0,001$ no teste da razão de verosimilhanças e curvas $\ln(-\ln)$ aproximadamente paralelas para cada factor de prognóstico, REF – Categoria de referência/denominador da comparação, Valor p – Obtido no teste de Wald da análise de regressão de Cox, IC(95%) – Intervalo de Confiança a 95% para o HR

Em relação à abstinência continua em consumo pesado ao fim dos 6 meses de tratamento, conseguiu-se um modelo final otimizado muito relevante do ponto de vista estatístico com valor $p < 0,001$ no teste da razão de verossimilhanças, com validade confirmada por uma elevada taxa de previsão do modelo em relação à variável que identifica os casos de abstinência em consumo pesado (taxa de validade de 85%), um pretendido valor de p elevado no teste de *Hosmer and Lemeshow* ($p = 0,77$), e finalmente, uma área sob a curva ROC do modelo bastante elevada (ROC=90%) o que indica um elevado poder discriminante do modelo face à abstinência de consumo pesado (Quadro 50).

Os resultados da análise de regressão logística multivariável (Quadro 50) vão ao encontro dos resultados da análise bivariável no que respeita o sentido das associações bivariáveis encontradas, dando evidência estatística que níveis sócio económicos mais baixos estão associados a menos abstinência de consumo pesado (OR=0,32; $p < 0,05$), a história de consumo de cocaína também está associada a menos abstinência (OR=0,11; $p < 0,01$), o facto do doente de entrar em tratamento com pouco tempo sem beber (até 7 dias) pode estar associado a mais abstinência (OR=2,66; $p < 0,10$ no limiar de $p = 0,05$), a toma de DIS por menos de 120 dias é o factor de pior prognóstico para a abstinência (OR=0,062; $p < 0,001$), o doente ter feito pelo menos 4 das 7 consultas previstas é o melhor factor de prognóstico da abstinência (OR=9,1; $p < 0,001$), e finalmente, as consultas terem mais de duas fases revelou-se um factor associado a mais abstinência de consumo pesado (OR=2,8; $p < 0,05$). O doente ter tomado DIS pelo menos por 120 dias mostrou um OR superior a 1, ou seja, mais toma associado a mais abstinência, no entanto não foi estatisticamente significativo na comparação com os doentes que não tomaram DIS. Apesar disto, resolvemos incluir esta variável no modelo final dado que é uma variável *Dummy* da variável mais geral da toma de DIS (com as três categorias).

Quadro 50– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a abstinência de consumo pesado aos 6 meses de seguimento (n=186)

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Odds Ratio (OR)</i>	<i>Valor p</i>	<i>Limite inferior do IC (95%)</i>	<i>Limite superior do IC (95%)</i>
Nível sócio económico de Graffard	0-Elevado até médio - REF	1			
	1- Méd/baixo+ Baixo	0,324	0,023	0,123	0,856
História de uso de cocaína	0-Sem hist de uso - REF	1			
	1-Com hist de uso	0,110	0,009	0,021	0,571
Número de dias desde a última bebida	0- > 7 dias - REF	1			
	1-1-7dias	2,662	0,054	0,984	7,203
Toma de DIS em 3 categorias	0- 0 dias de toma - REF	1			
	1-<120 dias	0,062	<0,001	0,014	0,280
	2->=120 dias	1,793	0,290	0,608	5,287
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas)	0 - de 1 a 3 consultas - REF	1			
	1 - de 4 a 7 consultas	9,097	<0,001	3,174	26,073
Média das fases das consultas (de 1 a 4)	0-<2,5 fases por consulta - REF	1			
	1->=2,5 fases por consulta	2,800	0,042	1,038	7,551

Modelo de Regressão logística com $p < 0,001$ no teste da razão de verosimilhanças e validade confirmada por: teste Hosmer and Lemeshow ($p = 0,77$), taxa de validade do modelo de 85% e área sob a curva ROC do modelo de 90% ($p < 0,001$), REF – Categoria de referência/denominador da comparação, Valor p – Obtido no teste de Wald da análise de regressão logística, IC(95%) – Intervalo de Confiança a 95% para o OR

Em relação à abstinência continua de consumo de qualquer quantidade de álcool ao fim dos 6 meses de tratamento, conseguiu-se um modelo final optimizado também muito relevante do ponto de vista estatístico com valor $p < 0,001$ no teste da razão de verosimilhanças, com validade confirmada por uma elevada taxa de previsão do modelo em relação à variável que identifica os casos de abstinência de consumo de qualquer quantidade (taxa de validade de 81%), um pretendido valor de p elevado no teste de *Hosmer and Lemeshow* ($p = 0,52$) e finalmente, uma área sob a curva ROC do modelo bastante elevada (ROC=88%), o que indica um elevado poder discriminante do modelo face à abstinência de consumo de qualquer quantidade de álcool (Quadro 51).

Os resultados da análise de regressão logística multivariável (Quadro 51) também vão ao encontro dos resultados da análise bivariável no que respeita o sentido das associações bivariáveis encontradas, dando evidência estatística que níveis sócio económicos mais baixos estão associados a menos abstinência (OR=0,414; $p < 0,05$), a história de consumo de cocaína está associada a menos abstinência (OR=0,051; $p = 0,001$), mais de 20 anos de consumo excessivo pesado de álcool está associado a menos abstinência (OR=0,20; $p < 0,05$), o facto do doente beber de manhã e/ou antes do almoço está associado a mais abstinência (OR=3,01; $p < 0,05$), tal como a história de cocaína, o doente tomar DIS por menos de 120 dias é um dos piores factores de prognóstico para a abstinência (OR= 0,050; $p < 0,001$), o doente realizar pelo menos 4 das 7 consultas previstas é o melhor factor de prognóstico da abstinência de qualquer quantidade (OR=5,56; $p = 0,001$), e finalmente, mais de 2 fases das consultas também é factor que promove mais abstinência de qualquer quantidade de álcool (OR=3,24; $p < 0,05$).

Quadro 51– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a abstinência de consumo de qualquer quantidade aos 6 meses de seguimento (n=186)

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Odds Ratio (OR)</i>	<i>Valor p</i>	<i>Limite inferior do IC (95%)</i>	<i>Limite superior do IC (95%)</i>
Nível sócio económico de Graffard	0-Elevado até médio - REF	1			
	1- Méd/baixo+ Baixo	0,414	0,048	0,173	0,991
História de uso de cocaína	0-Sem hist de uso - REF	1			
	1-Com hist de uso	0,051	0,001	0,008	0,312
Anos de consumo excessivo pesado	1-<=10 anos cons - REF	1			
	2-11-20 anos cons	1,288	0,576	0,531	3,127
	3->20 anos cons	0,199	0,014	0,055	0,724
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço	0-Não consome - REF	1			
	1-Consome	3,012	0,028	1,127	8,046
Toma de DIS em 3 categorias	0-0 dias de toma - REF	1			
	1-<120 dias	0,050	<0,001	0,011	0,241
	2->=120 dias	0,820	0,720	0,278	2,422
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas)	0 - de 1 a 3 consultas - REF	1			
	1 - de 4 a 7 consultas	5,556	0,001	1,986	15,545
Média das fases das consultas (de 1 a 4)	0-<2,5 fases por consulta - REF	1			
	1->=2,5 fases por consulta	3,242	0,013	1,280	8,213

Modelo de Regressão logística com $p < 0,001$ no teste da razão de verossimilhanças e validade confirmada por: teste Hosmer and Lemeshow ($p = 0,52$), taxa de validade do modelo de 81% e área sob a curva ROC do modelo de 88% ($p < 0,001$), REF – Categoria de referência/denominador da comparação, Valor p – Obtido no teste de Wald da análise de regressão logística, IC(95%) – Intervalo de Confiança a 95% para o OR

Em relação ao tempo cumulativo de abstinência acima da média do tempo cumulativo conseguido nos 6 meses de tratamento, atingiu-se um modelo final optimizado também muito relevante do ponto de vista estatístico com valor $p < 0,001$ no teste da razão de verosimilhanças, com validade confirmada por uma elevada taxa de previsão do modelo em relação à variável que identifica os casos de superior abstinência cumulativa (taxa de validade de 94%), um pretendido valor de p elevado no teste de *Hosmer and Lemeshow* ($p = 0,71$) e finalmente, uma área sob a curva ROC do modelo bastante elevada (ROC=98%), o que indica um elevado poder discriminante do modelo face à abstinência cumulativa acima da média (Quadro 52).

Os resultados da análise de regressão logística multivariável (Quadro 52) também vão ao encontro dos resultados da análise bivariável no que respeita o sentido das associações bivariáveis encontradas, dando evidência estatística que os níveis sócio económicos mais baixos estão associados a menos tempo cumulativo de abstinência (OR=0,054; $p < 0,01$), a história de uso de cocaína também pode estar associada a menos tempo cumulativo de abstinência (OR=0,11; $p < 0,10$), mais de 20 anos de consumo excessivo pesado de álcool está associado a menos tempo cumulativo de abstinência (OR=0,051; $p = 0,05$), ter pelo menos 5 dos 11 PLA no ARPQ está associado a menos abstinência cumulativa (OR=0,036; $p < 0,01$), tomar DIS por menos de 120 dias está associado a pior prognóstico (OR=0,084; $p < 0,05$), enquanto que, tomar DIS durante pelo menos 120 dias está associado a mais tempo cumulativo de abstinência (OR=18,9; $p = 0,01$), e finalmente, o doente realizar pelo menos 4 das 7 consultas previstas é o factor de maior magnitude associado a melhor prognóstico de tempo cumulativo de abstinência (OR=177,5; $p < 0,001$).

Quadro 52– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para um tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes aos 6 meses de seguimento (n=171)

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Odds Ratio (OR)</i>	<i>Valor p</i>	<i>Limite inferior do IC (95%)</i>	<i>Limite superior do IC (95%)</i>
Nível sócio económico de Graffard	0-Elevado até médio - REF	1			
	1- Méd/baixo+ Baixo	0,054	0,005	0,007	0,411
História de uso de cocaína	0-Sem hist de uso - REF	1			
	1-Com hist de uso	0,112	0,087	0,009	1,378
Anos de consumo excessivo pesado	1-<=10 anos cons - REF	1			
	2-11-20 anos cons	2,880	0,237	0,498	16,635
	3->20 anos cons	0,051	0,050	0,003	1,004
Soma de PLA do ARPQ (0 a 11 PLA)	0 – abaixo de 5 problemas (mediana) - REF	1			
	1 – 5 ou mais problemas (mediana)	0,036	0,006	0,003	0,381
Toma de DIS em 3 categorias	0- 0 dias de toma - REF	1			
	1-<120 dias	0,084	0,017	0,011	0,638
	2->=120 dias	18,877	0,010	1,999	178,225
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas)	0 – de 1 a 3 consultas - REF	1			
	1 – de 4 a 7 consultas	177,493	<0,001	17,430	1807,433

Modelo de Regressão logística com $p < 0,001$ no teste da razão de verosimilhanças e validade confirmada por: teste Hosmer and Lemeshow ($p = 0,71$), taxa de validade do modelo de 94% e área sob a curva ROC do modelo de 98% ($p < 0,001$), REF – Categoria de referência/denominador da comparação, Valor p – Obtido no teste de Wald da análise de regressão logística, IC(95%) – Intervalo de Confiança a 95% para o OR

Em relação à duração máxima da recaída superior a 1 dia durante os 6 meses de tratamento, atingiu-se um modelo final otimizado também muito relevante do ponto de vista estatístico com valor $p < 0,001$ no teste da razão de verosimilhanças, com validade confirmada por uma elevada taxa de previsão do modelo em relação à variável que identifica os casos de superior duração da recaída (taxa de validade de 84%), um pretendido valor de p elevado no teste de *Hosmer and Lemeshow* ($p = 0,50$) e finalmente, uma área sob a curva ROC do modelo bastante elevada (ROC=82%), o que indica um elevado poder discriminante do modelo face à duração máxima da recaída superior a 1 dia (Quadro 53).

Os resultados da análise de regressão logística multivariável (Quadro 53) também vão ao encontro dos resultados da análise bivariável no que respeita o sentido das associações bivariáveis encontradas, dando evidência estatística que as mulheres têm recaídas mais longas (OR=4,55; $p < 0,05$), os doentes que consomem álcool à mais de 20 anos têm recaídas mais longas (OR=8,36; $p = 0,01$), a toma de DIS por menos de 120 dias é o factor mais associado a recaídas mais longas (OR=15,6; $p < 0,01$), os doentes com indicação para ACA tiveram tendência estatística para recaídas mais longas (OR=2,74; $p < 0,10$), e finalmente, as consultas terem mais de 2 fases revelou-se o único factor protector de recaídas mais longas (OR=0,21; $p < 0,01$).

Ainda uma nota final foi a reintrodução do tempo de toma de antidepressivos neste modelo otimizado, de modo a confirmarmos que a associação do sexo feminino com um pior prognóstico não estava confundida por problemas de depressão (uma vez que existia evidência destes problemas serem mais prevalentes nas mulheres). Como o sexo feminino continuou estatisticamente significativo ($p < 0,05$) sem baixar a magnitude da associação, e continuando os antidepressivos sem revelar qualquer associação com o prognóstico, resolvemos retirar definitivamente a toma de antidepressivos do modelo.

Quadro 53– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para a recaída máxima superior a 1 dia aos 6 meses de seguimento (n=135)

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias Da variável</i>	<i>Odds Ratio (OR)</i>	<i>Valor p</i>	<i>Limite inferior do IC (95%)</i>	<i>Limite superior do IC (95%)</i>
Sexo	0-Masculino -REF 1-Feminino	1 4,551	0,032	1,140	18,168
Anos de consumo excessivo pesado	1-<=10 anos cons - REF 2-11-20 anos cons 3->20 anos cons	1 1,544 8,360	 0,443 0,010	 0,509 1,647	 4,679 42,444
Soma de PLA do ARPQ (0 a 11 PLA)	0 - abaixo de 5 problemas (mediana) - REF 1 - 5 ou mais problemas (mediana)	1 2,577	 0,092	 0,856	 7,760
Toma de DIS em 3 categorias	0- 0 dias de toma - REF 1-<120 dias 2->=120 dias	1 15,600 3,133	 0,002 0,129	 2,712 0,716	 89,743 13,703
Indicação para ACA	0 - Não - REF 1 - Foi prescrito	1 2,742	 0,093	 0,845	 8,903
Média das fases das consultas (de 1 a 4)	0-<2,5 fases por consulta - REF 1->=2,5 fases por consulta	1 0,207	 0,009	 0,063	 0,676

Modelo de Regressão logística com $p < 0,001$ no teste da razão de verossimilhanças e validade confirmada por: teste Hosmer and Lemeshow ($p = 0,50$), taxa de validade do modelo de 84% e área sob a curva ROC do modelo de 82% ($p < 0,001$), REF – Categoria de referência/denominador da comparação, Valor p – Obtido no teste de Wald da análise de regressão logística, IC(95%) – Intervalo de Confiança a 95% para o OR

Em relação à presença de pelo menos um problema ligado ao álcool aos 6 meses de seguimento, atingiu-se um modelo final otimizado também muito relevante do ponto de vista estatístico com valor $p < 0,001$ no teste da razão de verosimilhanças, com validade confirmada por uma elevada taxa de previsão do modelo em relação à variável que identifica os casos com pelo menos 1 PLA aos 6 meses (taxa de validade de 88%), um pretendido valor de p não significativo em termos estatísticos no teste de *Hosmer and Lemeshow* ($p = 0,11$) e finalmente, uma área sob a curva ROC do modelo bastante elevada (ROC=91%), o que indica um elevado poder discriminante do modelo face à presença de PLA aos 6 meses (Quadro 54).

Os resultados da análise de regressão logística multivariável (Quadro 54) também vão ao encontro dos resultados da análise bivariável no que respeita o sentido das associações bivariáveis encontradas, dando evidência estatística que os doentes com situação profissional mais favorecida (emprego a tempo inteiro e vínculo contratual) terão menos PLA aos 6 meses (OR=0,37; $p < 0,05$), quem consome álcool à mais de 20 anos terá mais PLA aos 6 meses (OR=7,3; $p < 0,01$), quem tomou DIS por menos de 120 dias tem maior risco de vir a ter PLA aos 6 meses (OR=5,2; $p < 0,05$), enquanto que, a toma de DIS durante pelo menos 120 dias está associado a menos PLA aos 6 meses (OR=0,16; $p = 0,001$), finalmente, o doente ter realizado pelo menos 4 das 7 consultas previstas é o factor protector dos PLA com maior magnitude observada (OR=0,074; $p < 0,001$).

Quadro 54– Análise de regressão logística múltipla para extracção dos factores de prognóstico mais relevantes para o doente ter pelo menos um problema ligado ao álcool aos 6 meses de seguimento (n=171)

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Odds Ratio (OR)</i>	<i>Valor p</i>	<i>Limite inferior do IC (95%)</i>	<i>Limite superior do IC (95%)</i>
Situação profissional	0-Sem emprego temp inteiro nem vínculo - REF	1			
	1-Com emprego temp inteiro e vínculo	0,368	0,044	0,139	0,975
Anos de consumo excessivo pesado	1-<=10 anos cons - REF	1			
	2-11-20 anos cons	1,243	0,685	0,435	3,549
	3->20 anos cons	7,319	0,009	1,645	32,570
Toma de DIS em 3 categorias	0-0 dias de toma - REF	1			
	1-<120 dias	5,246	0,012	1,437	19,152
	2->=120 dias	0,163	0,001	0,054	0,490
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas)	0 - de 1 a 3 consultas - REF	1			
	1 - de 4 a 7 consultas	0,074	<0,001	0,025	0,219

Modelo de Regressão logística com $p < 0,001$ no teste da razão de verosimilhanças e validade confirmada por: teste Hosmer and Lemeshow ($p = 0,11$), taxa de validade do modelo de 88% e área sob a curva ROC do modelo de 91% ($p < 0,001$), REF – Categoria de referência/denominador da comparação, Valor p – Obtido no teste de Wald da análise de regressão logística, IC(95%) – Intervalo de Confiança a 95% para o OR

De modo a ficarmos com uma visão global dos resultados das análises multivariável dos factores de prognóstico, resolvemos sintetizar no Quadro 55 os resultados encontrados com maior relevância estatística e epidemiológica. Observe-se na consistência dos sentidos das associações, quando um factor se encontra simultaneamente associado a várias variáveis resultado. Pensamos que este aspecto da consistência é um bom indicador da evidência encontrada para um dado factor de prognóstico.

Os resultados do Quadro 55 permitem-nos assim concluir para os factores de admissão ao tratamento que as mulheres terão pior prognóstico que os homens ao nível da duração máxima das recaídas ($p < 0,05$), os níveis sócio económicos de Graffar mais baixos terão pior prognóstico em comparação com níveis médios e superiores no que respeita à abstinência de consumo pesado ($p < 0,05$), abstinência de consumo de qualquer quantidade ($p < 0,05$) e tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes ($p < 0,01$), os doentes com melhor situação profissional nomeadamente terem emprego a tempo inteiro e vínculo contratual terão menos risco de terem PLA aos 6 meses ($p < 0,05$), os doentes com história de uso de cocaína terão pior prognóstico ao nível da abstinência em consumo pesado ($p < 0,01$), abstinência de qualquer quantidade ($p = 0,001$) e eventualmente na duração cumulativa da abstinência ($p < 0,10$), os doentes que consomem de modo excessivo pesado à mais de 20 anos em comparação com quem consome até 10 anos terão pior prognóstico ao nível da abstinência de qualquer quantidade de álcool ($p < 0,05$), tempo cumulativo de abstinência acima da média ($p = 0,05$), duração máxima da recaída ($p = 0,01$) e PLA aos 6 meses ($p < 0,01$), os doentes que entram em tratamento com menos tempo sem beber (até 7 dias) terão melhor prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída pesada ($p < 0,05$) e eventualmente na abstinência de consumo pesado ($p < 0,10$), os doentes que consomem álcool pela manhã e/ou antes do almoço têm melhor prognóstico ao nível de abstinência de consumo de qualquer quantidade ($p < 0,05$), os doentes com GGT aumentado terão mais risco de recaída em consumo pesado ($p < 0,05$). Os doentes que na admissão

ao tratamento admitiram ter pelo menos 5 dos 11 PLA do ARPQ tiveram pior prognóstico ao nível do tempo cumulativo de abstinência ($p<0,01$) e eventualmente na duração máxima das recaídas ($p<0,10$).

Para os factores de exposição durante o tratamento, a toma de DIS por menos de 120 dias em comparação com quem não tomou DIS foi consistentemente em todas as variáveis de resultado um factor de mau prognóstico (com valores $p<0,05$ a $p<0,001$), enquanto que a toma de DIS pelo menos durante 120 dias se revelou associado a melhor prognóstico ao nível do tempo cumulativo de abstinência ($p<0,001$) e PLA aos 6 meses ($p=0,001$), a indicação para ACA revelou-se associada a pior prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída pesada ($p<0,05$) e eventualmente para a duração máxima das recaídas ($p<0,10$), as consultas realizadas pelo doente revelaram-se consistentemente associadas a melhor prognóstico para a abstinência em consumo pesado ($p<0,001$), abstinência de qualquer quantidade ($p<0,001$), tempo cumulativo de abstinência ($p<0,001$) e PLA aos 6 meses ($p<0,001$), mais de duas fases na consulta também se revelou consistentemente associado a melhor prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída pesada ($p<0,01$), abstinência de consumo pesado ($p<0,05$), abstinência de qualquer quantidade ($p<0,05$), e duração máxima das recaídas ($p<0,01$), e finalmente, a indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) revelou-se um factor associado a pior prognóstico no tempo até à primeira recaída pesada ($p<0,05$).

Quadro 55– Síntese dos resultados dos factores de prognóstico de maior relevância na análise multivariável – 6 meses de seguimento

<i>Factor de prognóstico (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Tempo até 1ª recaída consum pesado (n=176) HR</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=186) OR</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=186) OR</i>	<i>Tempo cumulativ abstinênc acima da média de 131 dias (n=171) OR</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=135) OR</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=171) OR</i>
Sexo	0-Masculino -REF 1-Feminino	-	-	-	-	1 4,551*	-
Nível sócio económico de Graffard	0-Elevado até médio - REF 1- Méd/ baixo+Baixo	-	1 0,324*	1 0,414*	1 0,054**	-	-
Situação profissional	0-Sem emprego temp inteiro nem vínculo - REF 1-Com emprego temp inteiro e vínculo	-	-	-	-	-	1 0,368*
História de uso de cocaína	0-Sem hist de uso - REF 1-Com hist de uso	-	1 0,110**	1 0,051***	1 0,112++	-	-
Anos de consumo excessivo pesado	1-<=10 anos cons - REF 2-11-20 anos cons 3->20 anos cons	-	-	1 1,288 0,199*	1 2,880 0,051*	1 1,544 8,360**	1 1,243 7,319**
Número de dias desde a última bebida	0- > 7 dias - REF 1-1-7dias	1 0,323*	1 2,662++	-	-	-	-
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço	0-Não consome - REF 1-Consome	-	-	1 3,012*	-	-	-
GGT - gama glutamiltransferase	0 - Nomal (<=1) - REF 1 - Aumentado (>1)	1 2,478*	-	-	-	-	-

<i>Factor prognóstico (n=)</i>	<i>Categorias da variável</i>	<i>Tempo até 1ª recaída consum pesado (n=176) HR</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado (n=186) OR</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid (n=186) OR</i>	<i>Tempo cumulativ abstinênc acima da média de 131 dias (n=171) OR</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia (n=135) OR</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARPQ (n=171) OR</i>
Soma de PLA do ARPQ (0 a 11 PLA)	0 – abaixo de 5 problemas (mediana) - REF 1 – 5 ou mais problemas (mediana)	-	-	-	1 0,036**	1 2,577++	-
Toma de DIS em 3 categorias	0-0 dias de toma - REF 1-<120 dias 2->=120 dias	1 15,00*** 2,955	1 0,062*** 1,793	1 0,050*** 0,820	1 0,084* 18,877**	1 15,600** 3,133	1 5,246* 0,163***
Indicação para ACA	0 – Não - REF 1 – Foi prescrito	1 2,600*	-	-	-	1 2,742++	-
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas)	0 – de 1 a 3 consultas - REF 1 – de 4 a 7 consultas	-	1 9,097***	1 5,556***	1 177,5***	-	1 0,074***
Média das fases das consultas (de 1 a 4)	0-<2,5 fases por consulta - REF 1->=2,5 fases por consulta	1 0,280**	1 2,800*	1 3,242*	-	1 0,207**	-
Indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP)	0-Não - REF 1-Foi prescrito	1 2,124*	-	-	-	-	-

HR – Hazard Ratio ajustado para co-variáveis na regressão múltipla de Cox; OR – Odds Ratio ajustado para co-variáveis na regressão logística múltipla; * p<0,05 no teste de Wald; ** p<0,01 no teste de Wald; *** p<0,001 no teste de Wald; ++ p<0,10 no teste de Wald

De modo a complementar as conclusões da análise multivariável e com o objectivo de construir um quadro aplicável na prática clínica dos terapeutas do SDA, resolvemos construir o Quadro 56 com as taxas de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo dos factores de prognóstico com resultados estatisticamente significativos na análise multivariável e relativo às variáveis de resultado abstinência de consumo pesado, abstinência de qualquer quantidade, tempo cumulativo de abstinência acima da média, tempo máximo de recaída superior a um dia e ter pelo menos um problema ligado ao álcool no ARPQ aos 6 meses.

A leitura deste Quadro 56 para um dado factor deve ser feita de modo a identificar os valores de sensibilidade, especificidade, preditivo positivo e preditivo negativo para uma dada categoria do factor em relação à categoria de referência. Ou seja, se o factor de prognóstico fosse um teste de diagnóstico, a categoria negativo do teste diagnóstico seria equivalente à categoria de referência do factor prognóstico. Do mesmo modo, a categoria positivo do teste diagnóstico seria equivalente à categoria em análise do factor de prognóstico. As variáveis de resultado binárias, que traduzem aspectos da abstinência e da recaída, serão equivalentes num teste diagnóstico à presença ou ausência de doença. No entanto, a análise do Quadro 43 pode envolver alguma complexidade, dado que se deve tomar em atenção que os valores de sensibilidade, especificidade, preditivo positivo e negativo para uma dada categoria do factor prognóstico, são em relação ao resultado mais esperado da presença da categoria desse factor. Ou seja, se a presença de um factor promove mais abstinência então as taxas calculadas são em relação ao evento abstinência. Pelo contrário, se a presença de um factor promove menos abstinência então as taxas calculadas são em relação ao complementar do evento abstinência, ou seja, a recaída. O mesmo raciocínio pode ser aplicado para os eventos que traduzem a recaída. Vamos ainda assumir que uma taxa de 60% representa um valor minimamente aceitável para o factor de prognóstico e um valor de 70% já será considerado como um valor suficientemente bom para o factor de prognóstico.

O sexo feminino que se tinha mostrado associado a pior prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com uma boa especificidade e um bom valor preditivo negativo para o tempo máximo de recaída superior a um dia. Estes resultados significam que os doentes com tempo de recaída mais baixo, digamos até um dia, têm uma boa probabilidade de não serem mulheres (90%). Também, os doentes homens têm uma boa probabilidade de terem recaídas mais baixas (76%).

O nível sócio económico baixo e médio baixo que se tinha mostrado associado a pior prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com uma aceitável sensibilidade e um aceitável valor preditivo negativo para a recaída em consumo pesado (complementar da abstinência em consumo pesado), uma aceitável sensibilidade para a recaída em qualquer quantidade (complementar da abstinência de qualquer quantidade), e uma boa sensibilidade e bom valor preditivo negativo para o tempo cumulativo de abstinência até à média. Estes resultados significam que os doentes com pior prognóstico nestas variáveis de resultado consideradas, têm mais probabilidades de serem de um nível social mais baixo (69%, 66% e 70%), e os doentes de maiores níveis sociais (elevado e médio) têm mais probabilidades de terem melhor prognóstico ao nível da abstinência de consumo pesado (62%) e tempo cumulativo de abstinência acima da média (73%).

Ter emprego a tempo inteiro e vínculo que se tinha mostrado associado a melhor prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor prognóstico com aceitáveis valores de especificidade e preditivo positivo para os doentes não terem qualquer PLA aos 6 meses. Estes resultados significam que os doentes com pelo menos um PLA aos 6 meses, têm uma aceitável probabilidade de não terem emprego a tempo inteiro nem vínculo (61%). Também, os doentes com emprego a tempo inteiro e vínculo têm uma aceitável probabilidade de não terem qualquer PLA aos 6 meses (65%).

Ter história de consumo de cocaína que se tinha mostrado associado a pior prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor prognóstico com bons valores de especificidade e preditivo positivo para a recaída em consumo pesado e recaída em qualquer quantidade de álcool. Estes resultados significam que os doentes com abstinência de consumo pesado têm uma boa probabilidade de não terem história de uso de cocaína (95%) e os doentes abstinentes de qualquer quantidade também têm uma boa probabilidade de não terem história de uso de cocaína (97%). Também, os doentes com história de consumo de cocaína têm uma boa probabilidade de recaírem de modo pesado (71%) e de recaírem em qualquer quantidade de álcool (86%).

O consumo excessivo pesado de álcool à mais de 20 anos que se tinha mostrado associado a pior prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com aceitáveis valores preditivos positivos para a recaída em qualquer quantidade e ter pelo menos um PLA aos 6 meses. O mesmo consumo superior a 20 anos também revelou bons valores preditivos negativos para o tempo cumulativo de abstinência inferior à média e tempo máximo de recaída superior a um dia. Estes resultados significam que os doentes que consomem à mais de 20 anos têm uma aceitável probabilidade de recaírem em qualquer quantidade (61%), assim como, terem pelo menos um PLA aos 6 meses (61%). Os doentes que consomem até 10 anos têm mais probabilidade de terem mais tempo cumulativo de abstinência (75%) e recaídas menos duradouras, digamos até um dia (73%).

O consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço que se tinha mostrado associado a melhor prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com uma boa sensibilidade e um aceitável valor preditivo negativo para a abstinência de qualquer quantidade. Estes resultados significam que os doentes abstinentes de qualquer quantidade têm uma boa probabilidade de terem consumido de manhã e/ou antes do

almoço (80%). Também, os doentes que não consomem de manhã nem antes do almoço, têm uma aceitável probabilidade de estarem recaídos em qualquer quantidade (64%).

Ter pelo menos 5 PLA na admissão ao tratamento que se tinha mostrado associado a pior prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com uma boa sensibilidade e bom valor preditivo negativo para um tempo cumulativo de abstinência abaixo ou igual à média. Estes resultados significam que os doentes com tempo cumulativo de abstinência mais baixo têm uma boa probabilidade de terem na admissão pelo menos 5 PLA (82%), e os doentes com menos de 5 PLA na admissão têm uma boa probabilidade de terem mais tempo cumulativo de abstinência (83%).

Tomar DIS por tempo inferior a 120 dias que se tinha mostrado associado a pior prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com uma aceitável sensibilidade para o tempo cumulativo de abstinência inferior ou igual à média, um factor com um bom valor preditivo positivo para a recaída em consumo pesado, recaída em qualquer quantidade, tempo cumulativo de abstinência abaixo da média e ter pelo menos um PLA aos 6 meses, um aceitável valor preditivo positivo para o tempo máximo de recaída superior a um dia, e finalmente, um bom valor preditivo negativo para o tempo máximo de recaída superior a um dia. Estes resultados significam que os doentes com tempo cumulativo de abstinência mais baixo, têm mais probabilidade de terem tomado DIS por menos de 120 dias (62%), os doentes com toma de DIS inferior a 120 dias têm mais probabilidade de terem pior prognóstico em todas as variáveis consideradas (93%, 93%, 79%, 61% e 84%), e finalmente, os doentes que não tomaram DIS têm maior probabilidade de terem um tempo máximo de recaída até um dia (83%).

Tomar DIS durante pelo menos 120 dias, que se tinha mostrado associado a melhor prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com boa sensibilidade para o tempo cumulativo de abstinência

acima da média e não ter qualquer PLA aos 6 meses, e revelou ter um bom valor preditivo positivo para o tempo cumulativo de abstinência acima da média e não ter qualquer PLA aos 6 meses. Estes resultados significam que os doentes com superior tempo cumulativo de abstinência, assim como, os doentes sem PLA aos 6 meses, têm mais probabilidades de terem tomado DIS pelo menos 120 dias (respectivamente 77% e 79%). Os doentes que tomaram DIS pelo menos 120 dias também têm mais probabilidades de terem tempo cumulativo de abstinência mais elevado (97%) e não terem qualquer PLA aos 6 meses (89%). Uma nota importante face a estes resultados do DIS é serem diferentes das sensibilidades e especificidades determinadas anteriormente na análise bivariável. Relembremos que a análise anteriormente efectuada determinava estes valores com o ponto de corte aos 120 dias, mas só para os doentes que tinham tomado DIS pelo menos um dia, ou seja, era uma análise comparativa com o ponto de corte dos 120 dias dentro dos doentes com toma de DIS. Nesta análise efectuada o ponto de corte é o mesmo (120 dias) embora a referência comparativa seja agora o grupo dos doentes que não tomaram DIS, e deste modo podem perfeitamente esperar-se resultados diferentes.

Ter realizado pelo menos 4 das 7 consultas previstas durante os 6 meses de tratamento (mais de 50% das consultas previstas) que se tinha mostrado associado a melhor prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com uma boa sensibilidade para a abstinência de consumo pesado, abstinência de qualquer quantidade, tempo cumulativo de abstinência superior à média, e não ter qualquer PLA aos 6 meses. As mesmas 4 consultas revelaram uma aceitável especificidade para a abstinência de consumo pesado e os doentes não terem qualquer PLA aos 6 meses, assim como, uma boa especificidade para um tempo cumulativo de abstinência superior à média. Em relação ao valor preditivo positivo, pelo menos 4 consultas revelaram um bom valor para a abstinência de consumo pesado, tempo cumulativo de abstinência superior à média e os doentes não terem qualquer PLA aos 6 meses, assim como, um aceitável valor preditivo

positivo para a abstinência de qualquer quantidade. Ainda, o valor preditivo negativo revelou-se bom para estas mesmas variáveis de resultado consideradas para o valor preditivo positivo. Estes resultados significam que os doentes com melhor prognóstico ao nível da abstinência em consumo pesado, abstinência de qualquer quantidade, tempo cumulativo de abstinência superior à média, e não terem qualquer PLA aos 6 meses, têm mais probabilidade de terem realizado pelo menos 4 das 7 consultas previstas (92%, 91%, 91% e 92%). Os doentes com pior prognóstico de recaída em consumo pesado, tempo cumulativo de abstinência mais baixo e com pelo menos um PLA aos 6 meses, têm mais probabilidades de terem realizado menos de 4 das 7 consultas previstas (63%, 80% e 69%). Os doentes que realizaram pelo menos 4 das 7 consultas previstas têm mais probabilidade de terem abstinência em consumo pesado (73%), abstinência de qualquer quantidade (64%), tempo cumulativo de abstinência superior à média (89%), e não terem qualquer PLA aos 6 meses (79%). Finalmente, os doentes que realizaram menos de 4 consultas têm mais probabilidade de recaída em consumo pesado (87%), recaída em qualquer quantidade (87%), tempo cumulativo de abstinência inferior ou igual à média (83%), e terem pelo menos um PLA aos 6 meses (86%).

Pelo menos 2,5 de média nas fases das consultas que se tinha mostrado associado a melhor prognóstico na análise multivariável, revelou-se um factor de prognóstico com uma boa especificidade para a abstinência de consumo pesado, abstinência de qualquer quantidade e tempo máximo de recaída até um dia. Também revelou um bom valor preditivo positivo para a abstinência de consumo pesado e tempo máximo de recaída até um dia, para além de um aceitável valor preditivo positivo para a abstinência de qualquer quantidade. Finalmente, ter pelo menos 2,5 de média nas fases das consultas revelou aceitáveis valores preditivos negativos para a abstinência de consumo pesado e abstinência de qualquer quantidade. Estes resultados significam que os doentes recaídos em consumo pesado, em qualquer quantidade e com durações máximas da recaída superiores a um dia, têm

mais probabilidade de terem tido menos de 2,5 de média nas fases das consultas (77%, 72% e 83%). Os doentes que tiveram pelo menos 2,5 de média das fases têm mais probabilidade de estarem abstinentes de consumo pesado (73%), mais probabilidade de estarem abstinentes de qualquer quantidade (63%) e mais probabilidade de terem tempo de recaída até um dia (90%). Finalmente, os doentes com menos de 2,5 de média nas fases têm mais probabilidade de recaírem em consumo pesado (61%) e mais probabilidade de recaírem em qualquer quantidade (65%).

Quadro 56– Sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo dos factores de prognóstico de maior relevância na análise multivariável ($p<0,05$) – 6 meses de seguimento

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid</i>	<i>Tempo cumulativ abstinênc acima da média de 131 dias</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARP</i>
Sexo	0-Masculino -REF 1-Feminino	-	-	-	n=156 SE= 18% ES=90% VP=37% VN=76%	-
Nível sócio económico de Graffard	0-Elevado até médio - REF 1- Méd/baixo+ Baixo	n=209 SE=69% ES=46% VP=53% VN=62%	n=209 SE=66% ES=44% VP=58% VN=53%	n=209 SE= 70% ES=44% VP=41% VN=73%	-	-
Situação profissional	0-Sem emprego temp inteiro nem vínculo - REF 1-Com emprego temp inteiro e vínculo	-	-	-	-	n=192 SE=54% ES=61% VP=65% VN=51%
História de uso de cocaína	0-Sem hist de uso - REF 1-Com hist de uso	n=209 SE=15% ES=95% VP=71% VN=55%	n=209 SE=16% ES=97% VP=86% VP=50%	-	-	-

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid</i>	<i>Tempo cumulativ abstinênc acima da média de 131 dias</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARP</i>
Anos de consumo excessivo pesado	1-<=10 anos cons - REF 2-11-20 anos cons 3->20 anos cons	- - -	n=209 - SE=19% ES=40% VP=61% VN=46%	n=209 - SE=22% ES=40% VP=52% VN=75%	n=156 - SE=23% ES=41% VP=43% VN=73%	n=192 - SE=21% ES=41% VP=61% VN=52%
Número de dias desde a última bebida	0- > 7 dias - REF 1-1-7dias	- -	- -	- -	- -	- -
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço	0-Não consome - REF 1-Consome	- -	n=209 SE=80% ES=30% VP=50% VN=64%	- -	- -	- -
GGT - gama glutamiltransferase	0 - Nomal (<=1) - REF 1 - Aumentado (>1)	- -	- -	- -	- -	- -
Soma de PLA do ARPQ (0 a 11 PLA)	0 - abaixo de 5 problemas (mediana) - REF 1 - 5 ou mais problemas (mediana)	- -	- -	n=192 SE=82% ES=46% VP=45% VN=83%	- -	- -

<i>Factor prognóstico</i>	<i>Categorias da variável (.)</i>	<i>Abstinênc Consumo Pesado</i>	<i>Abstinênc Qualquer Quantid</i>	<i>Tempo cumulativ abstinênc acima da média de 131 dias</i>	<i>Tempo Max de recaída superior a 1 dia</i>	<i>Ter pelo menos 1 problema ligado ao álcool ARP</i>
Toma de DIS em 3 categorias	0-0 dias de toma - REF 1-<120 dias 2->=120 dias	n=186 SE= 50% ES=16% VP=93% VN=45%	n=186 SE=43% ES=18% VP=93% VN=45%	n=186 SE=62% ES= 16% VP=79% VN=55%	n=148 SE=39% ES=17% VP=61% VN=83%	n=171 SE=48% ES=15% VP=84% VN=42%
Indicação para ACA	0 – Não - REF 1 – Foi prescrito	-	-	-	-	-
Consultas realizadas pelo doente (de 1 a max de 7 consultas previstas)	0 – de 1 a 3 consultas - REF 1 – de 4 a 7 consultas	n=209 SE=92% ES=63% VP=73% VN=87%	n=209 SE=91% ES=55% VP=64% VN=87%	n=209 SE=91% ES=80% VP=89% VN=83%	-	n=192 SE=92% ES=69% VP=79% VN=86%
Média das fases das consultas (de 1 a 4)	0-<2,5 fases por consulta - REF 1->=2,5 fases por consulta	n=209 SE=56% ES=77% VP=73% VN=61%	n=209 SE=55% ES=72% VP=63% VN=65%	-	n=156 SE=54% ES=83% VP=90% VN=38%	-
Indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP)	0-Não - REF 1-Foi prescrito	-	-	-	-	-

REF – Categoria de referência; SE – Sensibilidade; ES – Especificidade; VP – Valor preditivo positivo; VN – Valor preditivo negativo; NOTA METODOLÓGICA: os valores calculados de SE, ES, VP e VN acompanham as conclusões da análise multivariável para um determinado factor, ou seja, mantém-se a referência do factor, embora com as necessárias alterações nas variáveis de resultado de acordo com o esperado na análise múltipla; para os factores número de dias desde a última bebida, GGT, indicação para ACA e indicação para ansiolíticos não foi efectuada esta análise dado que os únicos resultados estatisticamente significativos só envolveram a variável tempo até à primeira recaída pesada

4.28 – Análise comparativa entre os doentes com perda de seguimento e os doentes abstinentes de consumo pesado e recaídos

Uma última análise que pensamos ser adequada a este estudo, é a que nos vai permitir comparar as variáveis na admissão ao tratamento do grupo de doentes com perda de seguimento, face aos doentes que efectivamente recaíram em consumo pesado, assim como, os abstinentes de consumo pesado.

Do grande conjunto de variáveis na admissão ao tratamento decidimos seleccionar apenas aquelas que revelaram um importante nível de prognóstico neste estudo, ou seja, o sexo feminino, o nível sócio económico médio baixo ou baixo, o facto do doente ter emprego a tempo inteiro e vínculo, o uso de cocaína, o consumo de modo excessivo pesado à mais de 20 anos, o consumo pela manhã e/ou antes do almoço, o GGT aumentado, e finalmente, a presença de pelo menos 5 dos 11 PLA do ARPQ. Os resultados encontram-se resumidos no Quadro 57.

Este Quadro 57 permite-nos tirar conclusões muito importantes, uma vez que demonstra que o grupo dos doentes com perda de seguimento apresenta na generalidade mais gravidade na admissão ao tratamento em comparação com os recaídos e com os abstinentes. Este facto pode sugerir que a abordagem de *worst case scenario* que assume as perdas de seguimento como recaídos é uma abordagem perfeitamente plausível no âmbito deste estudo.

Os doentes com perda de seguimento foram de todos os doentes aqueles que tinham nível sócio económico mais baixo ($p<0,05$), menos emprego a tempo inteiro e vínculo ($p=0,05$), mais uso de cocaína ($p<0,05$) e mais consumo excessivo pesado de álcool superior a 20 anos ($p<0,01$). Em relação aos PLA, o grupo de doentes com perda de seguimento era muito mais próximo do

grupo de recaídos que dos abstinentes, revelando mais PLA na admissão ao tratamento em comparação com os abstinentes ($p < 0,01$).

Assim, o grupo dos doentes com perda de seguimento é o grupo com mais gravidade no âmbito sócio demográfico, mais gravidade no uso de outras substâncias como a cocaína e mais gravidade nalguns aspectos da história de consumo de álcool.

Ainda uma nota final é que todos os três grupos em comparação (abstinentes versus recaídos versus perdas de seguimento) apresentaram a mesma mediana de consumo de álcool num dia típico (192 gramas/dia), sem diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 57– Comparação entre os doentes com perda de seguimento e os doentes abstinentes e recaídos em consumo pesado

<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Abstinentes Consumo Pesado (.)</i> <i>n=110</i>	<i>Recaídos Consumo pesado (.)</i> <i>n=41</i>	<i>Perdas de seguimento (.)</i> <i>n=58</i>	<i>Valor P (teste Qui quadrado)</i>
Sexo Feminino	11% (12)	17% (7)	24% (14)	0,08
Nível sócio económico médio baixo ou baixo	55% (60)	61% (25)	74% (43)	<0,05
Doente com emprego a tempo inteiro e vínculo	56% (61)	44% (18)	36% (21)	0,05
Uso de cocaína	6% (6)	10% (4)	19% (11)	0,02
Consumo de modo excessivo pesado à mais de 20 anos	11% (12)	12% (5)	24% (14)	<0,01
Entrar em tratamento com tempo de abstinência até 7 dias	57% (60)	65% (26)	40% (19)	0,06
Consumo pela manhã e/ou antes do almoço	77% (85)	83% (34)	64% (37)	0,06
GGT aumentado	57% (60)	65% (26)	40% (19)	0,06
Presença de pelo menos 5 dos 11 PLA do ARPQ	54% (56)	79% (26)	73% (40)	<0,01

% - Percentagem de doentes calculada dentro do grupo comparativo (abstinentes versus recaídos versus perdas de seguimento); (.) número observado de casos

5 – Discussão de resultados e conclusões ao nível de políticas de tratamento

Este estudo de coorte original conseguiu provar que na admissão ao tratamento, os doentes portugueses com SDA que recorrem ao CRAS e HNSR têm pior prognóstico se forem do sexo feminino, se tiverem níveis sócio económicos mais desfavorecidos, se não tiverem emprego a tempo inteiro e vínculo, se já tiverem história de uso de cocaína, se tiverem mais de 20 anos de consumo excessivo pesado, se entrarem em tratamento com tempo de abstinência superior a 1 semana, se não tiverem história de consumo de álcool antes do almoço, se tiverem o GGT aumentado face aos valores normais e tiverem mais PLA no ARPQ.

Em relação a factores de exposição durante o tratamento de 6 meses, este mesmo estudo também prova que a toma de DIS por períodos mais longos, digamos 120 dias, está associado a melhor prognóstico, enquanto que, a toma por períodos inferiores a 120 dias é um dos factores mais importantes associado a pior prognóstico, os doentes com indicação para ACA têm pior prognóstico, mais consultas realizadas é um dos factores mais importantes associado a melhor prognóstico, mais de duas fases na consulta está associado a melhor prognóstico, e finalmente, os doentes com indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) têm pior prognóstico.

O facto de o sexo feminino estar associado a pior prognóstico neste estudo, nomeadamente ao nível das mulheres terem recaídas mais duradouras durante os 6 meses, está de acordo com outros estudos que também observaram pior prognóstico no sexo feminino (Neto et al., 2007; Bottlender; Soyka, 2005; Walton et al., 2003; Ellis; McClure, 1992).

Alguns autores justificam o pior prognóstico dos doentes com SDA do sexo feminino à sua maior prevalência de comorbilidade psiquiátrica, nomeadamente depressão e ansiedade (Kusnher et al., 2005; Callaghan;

Cunningham, 2002; Ellis; McClure, 1992; Waisberg, 1990; Rounsaville et al., 1987). No presente estudo observou-se que as mulheres em comparação com os homens tinham maior taxa de indicação e tempo de toma de antidepressivos, assim como, superior taxa de depressão no ARPQ, o que vai ao encontro dos estudos que referem a maior comorbilidade de depressão nas mulheres. No entanto, quando se introduziu num modelo de regressão múltiplo o tempo de toma de antidepressivos de modo a ajustar o efeito do sexo, as mulheres continuaram associadas a pior prognóstico, o que sugere que para a população dos doentes em estudo o sexo feminino pode ser um factor de pior prognóstico independente da depressão.

Os níveis sócio económicos mais baixos, assim como, uma situação profissional mais precária revelaram-se no presente estudo como factores de pior prognóstico, o que está de acordo com os autores que associam um baixo nível sócio económico e de educação a um pior prognóstico (Ilgen et al., 2007; Moos; Moos, 2006; Walton et al., 2003; McKay; Weiss, 2001; Ellis; McClure, 1992), assim como, com os autores que associam uma maior instabilidade profissional a um pior prognóstico (Moos; Moos, 2006; Bottlender; Soyka, 2005 a; Walton et al., 2003; Ellis; McClure, 1999; Waisberg, 1990; McLellan et al., 1983;). De todas as variáveis sócio demográficas, foi a variável indicadora dos níveis sócio económicos mais baixos que se revelou a mais importante em número de resultados estatisticamente significativos, após ajustamento para outras co-variáveis nos modelos de regressão múltipla, nomeadamente no que respeitou às três variáveis de resultado; abstinência de consumo pesado, abstinência de qualquer quantidade e tempo cumulativo de abstinência acima da média.

A experiência stressante consequente da instabilidade profissional pode perfeitamente explicar a recaída, uma vez que, a recaída tende a estar associada a experiências stressantes (Kushner et al, 2005). Uma possível explicação para os níveis sócio económicos mais baixos terem pior prognóstico pode ser dada por uma eventual fraca motivação para

tratamento nestes doentes, sendo conhecido que a motivação é um dos ingredientes fundamentais para um melhor prognóstico (Staines, 2003; McKay; Weiss, 2001). A motivação influenciada pela auto percepção dos efeitos adversos do consumo de álcool (Waisberg, 1990), assim como, o aprender a lidar com o problema de álcool – *coping* - são importantes factores de bom prognóstico (McKay; Weiss, 2001). Pode ser assim sugerido que os doentes com níveis sócio económicos mais baixos poderão eventualmente ter mais dificuldades na sua motivação e na aprendizagem sobre a forma de lidar com o seu problema. Nesta amostra e como seria esperado, o baixo nível sócio económico está associado a inferior escolaridade, que por sua vez também é conhecido ser um dos factores de mau prognóstico (Ilgen et al., 2007; Moos; Moos, 2006; McKay; Weiss, 2001).

Em relação à história de uso de outras substâncias, a cocaína revelou-se neste estudo associada a pior prognóstico, nomeadamente ao nível da abstinência de consumo pesado e abstinência de qualquer quantidade, tendo-se encontrado ainda ao nível de tendência de significado estatístico, que a história de uso de cocaína poderá estar associada a menos tempo cumulativo de abstinência. Estes resultados que associam a utilização de outras substâncias a pior prognóstico também foram encontrados em diversos estudos (Callaghan; Cunningham, 2002; Rounsaville et al., 1987). O consumo de cocaína concomitante ao consumo de álcool também é referido em diversos estudos (Blondell et al., 2006; Gordon et al., 2006; Staines et al., 2003; Walton et al., 2003; Callaghan; Cunningham, 2002; McKay et al., 1998; Schuckit et al. 1997), tendo-se revelado nesta amostra muito associado ao consumo de heroína, que são drogas ilícitas cujo consumo e meios de acesso podem revelar mais desadaptação social com o natural risco de consequências legais. Nesta amostra, os doentes que consumiam cocaína tinham superior taxa de problemas judiciais e superior taxa de problemas com a polícia do ARPQ, apesar das diferenças não terem atingido significado estatístico na análise bivariável.

Em relação às variáveis que representam a gravidade da história de consumo de álcool foi encontrado que consumir de modo excessivo pesado à mais de 20 anos, ter a avaliação de GGT aumentada acima dos valores normais e ter pelo menos 5 dos 11 problemas ligados ao álcool do ARPQ, foram importantes factores para pior prognóstico, sendo o consumo à mais de 20 anos o factor de prognóstico mais importante em número de resultados estatisticamente significativos. O consumo de álcool à mais de 20 anos, após ajustamento por regressão múltipla para outras co-variáveis, apresentou quatro resultados estatisticamente significativos, nomeadamente, no que respeitou a abstinência de qualquer quantidade, o tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes, o tempo máximo de recaída superior a um dia e ter pelo menos um problema ligado ao álcool aos 6 meses.

Uma maior gravidade de história de consumo de álcool associada a pior prognóstico é perfeitamente expectável, existindo estudos que suportam resultados neste sentido (Ilgen et al., 2007; Moos; Moos, 2006; Bottlender; Soyka, 2005a; Staines et al., 2003; McKay; Weiss, 2001; McLellan et al., 1994; Rounsaville et al., 1987).

Um aspecto importante sobre a duração do consumo de álcool no presente estudo, é que o prognóstico melhora com a duração do consumo até aos 20 anos, a partir do qual se inverte esta tendência. Este aspecto foi encontrado praticamente em todas as variáveis de resultado, à excepção do tempo até à primeira recaída pesada, tendo-se ainda observado nos doentes com uma duração de consumo inferior a 20 anos, que a duração de consumo estava positivamente correlacionada com o tempo numérico de duração cumulativa da abstinência, assim como, negativamente correlacionada com o tempo numérico de duração máxima das recaídas, sendo estas correlações estatisticamente significativas. Estes resultados podem sugerir que à medida que aumenta o tempo de consumo de álcool até um certo patamar temporal,

digamos 20 anos, também aumenta a probabilidade de melhor prognóstico naturalmente associado a um aumento de idade dos doentes. No presente estudo a idade encontra-se positivamente correlacionada e de modo estatisticamente significativo com a duração do consumo excessivo, podendo ser expectável em certas situações que doentes mais velhos tenham melhor prognóstico que os mais novos (Chong; Lopez, 2008; Blondell et al., 2006; Moos; Moos, 2006; McKay; Weiss, 2001; Schuckit et al., 1997).

Em relação às avaliações laboratoriais, conseguiu-se concluir que o GGT aumentado acima dos níveis normais constituía um importante factor de gravidade na admissão ao tratamento associado a um pior prognóstico, nomeadamente, no tempo até à primeira recaída pesada. No presente estudo, os níveis mais elevados de GGT revelaram-se associados com significado estatístico a mais consumo de álcool num padrão diário e a beber mais de manhã e/ou antes do almoço, que por sua vez são dois importantes indicadores de maior gravidade do consumo (Ilgen et al., 2007; Babor et al., 2001; Ellis; McClure, 1992; Stockwell et al. 1983). Também, o GGT revelou-se ainda associado com significado estatístico à presença simultânea dos 7 critérios de diagnóstico do alcoolismo, um outro possível indicador de gravidade (Schukit et al. 1997). Deste modo, parece que a utilização da avaliação GGT, e em especial a indicação de GGT aumentado acima do normal, pode ser um importante factor de prognóstico que traduz a gravidade do doente, e como tal deve ser tomado em atenção, tanto em estudos de alcoologia, como na investigação do próprio doente.

Os problemas ligados ao álcool do ARPO medidos na admissão ao tratamento revelaram-se neste estudo associados ao prognóstico, no sentido em que os doentes com pelo menos 5 PLA tinham pior prognóstico no que diz respeito ao tempo cumulativo acima da média dos doentes, sendo este resultado estatisticamente significativo. Também, se encontrou uma tendência ao nível de significado estatístico dos doentes com pelo menos 5 PLA terem mais tempo máximo de recaída superior a um dia, ou seja, um indicador dos

doentes terem recaídas mais longas. Sendo o ARPQ um questionário geral que avalia os problemas de saúde física e mental, de emprego, sócio familiares e legais, não é de estranhar que quanto maior é o número destes problemas pior será a qualidade de vida do doente, e como tal, será perfeitamente expectável um pior prognóstico para estes doentes. Em Patience et al. (1992) um melhor prognóstico ao nível de dias de abstinência e meses de consumo controlado encontravam-se negativamente correlacionados com os PLA do ARPQ.

Em relação às inter relações do ARPQ com outras variáveis da admissão ao tratamento, como as variáveis de gravidade da história de consumo duração do consumo e quantidade, entre outros indicadores, assim como as avaliações laboratoriais como o GGT entre outras, não se conseguiu encontrar associações estatisticamente significativas com o número de PLA. O único resultado estatisticamente significativo encontrado foi uma correlação dos PLA com o número de critérios de diagnóstico do SDA, embora de magnitude ligeira. Estes resultados podem sugerir que o ARPQ é um indicador da gravidade do consumo não tão objectivo como os anos de consumo ou o GGT, acabando por ser um indicador mais adequado para medir as consequências gerais da história de consumo, em especial ao nível social, profissional, familiar e legal. Neste sentido, é relevante observar que as únicas associações com algum significado estatístico com as variáveis de prognóstico, pelo menos a um nível de tendência de resultado estatisticamente significativo, envolveram as componentes do ARPQ que referem os problemas com compromissos profissionais e sociais, as discussões familiares e sociais, os comportamentos de violência familiar e social, a hipótese de afastamento do ambiente familiar e social em consequência das discussões e os problemas com a polícia. Ou seja, são variáveis que traduzem mais o aspecto social, profissional, familiar e legal. Kiritzé Topor et al. (2004) acabam por utilizar o ARPQ como variável de resultado primária do seu estudo, pela principal razão de terem mais

interesse em medir os problemas causados pelo consumo destrutivo de álcool, ao invés do consumo propriamente dito.

O facto dos doentes que consomem de manhã e/ou antes do almoço terem um melhor prognóstico, em primeira análise poderia ser um resultado menos esperado, uma vez que beber de manhã e ou/ antes do almoço é um indicador de gravidade de consumo (Babor et al., 2001; Stockwell et al., 1979). No entanto, este resultado também vai ao encontro do resultado encontrado na análise bivariável em que os doentes com o critério de diagnóstico de dependência física associada ao síndrome de abstinência, também tiveram melhor prognóstico, nomeadamente ao nível do tempo cumulativo de abstinência acima da média e da presença de pelo menos um problema ligado ao álcool aos 6 meses de tratamento. Uma possível explicação para estes factos é que os doentes com maior gravidade nalguns indicadores, também podem ter maior motivação para recuperar dos seus problemas ligados ao álcool e como tal aderirem melhor ao tratamento. Neste sentido alguns autores sugerem que maiores níveis de gravidade dos doentes na admissão ao tratamento podem perfeitamente estar associados a melhor prognóstico ao tratamento (McKay; Weiss, 2001; Schuckit et al., 1997; Waisberg, 1990).

Um resultado bastante importante encontrado ainda para a admissão ao tratamento foi que os doentes que entraram em tratamento com menos tempo de abstinência, digamos até uma semana, tiveram melhor prognóstico que os doentes com superior tempo de abstinência. Este resultado foi estatisticamente significativo na análise multivariável relativamente ao tempo até à primeira recaída pesada, sugerindo ainda, uma associação com a abstinência de consumo pesado ao nível da tendência de significado estatístico. Nesta situação pensamos que o aspecto motivacional do doente iniciar um tratamento mais longo e formal o mais breve possível do início da abstinência e desintoxicação, pode explicar os melhores resultados destes doentes. Chick et al. (2000) chegam a justificar a ineficácia do tratamento no

seu estudo com o elevado tempo desde a desintoxicação até ao início do tratamento farmacológico que chegou a atingir as cinco semanas após desintoxicação. Também neste sentido, McKay e Weiss (2001) comentam que se um tratamento for efectuado muito próximo de um outro tratamento o prognóstico será mais favorável.

Relativamente ao DIS este mostrou-se efectivo a partir de 120 dias de toma continuada, no que respeitou o tempo cumulativo de abstinência acima da média e ter pelo menos um PLA aos 6 meses de tratamento. Este resultado da efectividade do DIS está perfeitamente consistente com outros autores que referem a efectividade deste fármaco (Sá Nogueira; Ribeiro, 2008; Laaksonen et al., 2007; Neto et al., 2007; DeSousa; DeSousa, 2004; Niederhofer; Staffen, 2003; Mello et al., 2001; Chick, 1999).

No presente estudo, o tempo de toma de DIS para os doentes que o tomaram pelo menos um dia, revelou um elevado poder discriminante para bom prognóstico, com áreas sob a curva ROC estatisticamente significativas e a variar entre 82% e 97%, o que demonstra que mais tempo de toma de DIS está associado a melhor prognóstico dos doentes. Ao considerar-se os 120 dias de ponto de corte para a toma de DIS, obteve-se elevada sensibilidade e especificidade para bom prognóstico, respectivamente a atingir valores máximos de 96% e 94%, o que indica que a toma de DIS por um período de tempo alargado, digamos de 120 dias, está associado a bom prognóstico. O ponto de corte de 120 dias foi baseado no estudo de Neto et al. (2007), que demonstra a efectividade do DIS a partir dos quatro meses de toma continuada.

A toma de DIS por períodos de tempo não tão longos como os 120 dias revelou-se na análise multivariável um dos piores factores de prognóstico encontrados no estudo, estando sempre associado de modo estatisticamente significativo com pior prognóstico em todas as variáveis de resultado consideradas, e com magnitudes consideráveis de razão de riscos. Um

resultado relevante encontrado para os doentes com menos de 120 dias de toma de DIS, é que em média deixaram de tomar DIS ao fim de dois meses recaindo em média passado um mês de deixarem de o tomar. Assim, parece evidente que o facto do doente deixar de tomar um fármaco de controlo de consumo DIS, dado que lhe foi indicado, pode ser um dos indicadores mais importantes de recaída do doente a curto prazo.

Uma das razões que se pode especular para a cessação da toma e consequente falta de efectividade do DIS, pode ser a falta de supervisão adequada da toma por parte um co-responsável (Laaksonen et al., 2007; Room et al., 2005; Anton, 2001; Chick, 1999; Hughes; Cook, 1997). No presente estudo, observou-se que o tempo de toma de DIS estava positivamente correlacionado e com significado estatístico com a taxa de participação do co-responsável nas consultas, sendo este último um indicador do envolvimento do co-responsável na recuperação do doente, e como tal, na supervisão da toma de DIS.

Em relação ao ACA, foram observados na análise multivariável um resultado estatisticamente significativo e outro a um nível de tendência de significado estatístico, respectivamente para o tempo até à primeira recaída pesada e tempo máximo de recaída superior a um dia. No entanto, estes resultados estatísticos sugerem que os doentes com indicação para ACA tiveram pior prognóstico que os doentes sem indicação este fármaco. Estes resultados podem sugerir a falta de efectividade do ACA já mencionada em estudos do fármaco (Chick et al., 2000) ou estudos que comparam o ACA com o DIS (Laaksonen et al., 2007). Contrariamente ao DIS, o tempo de toma de ACA para os doentes que o tomaram pelo menos um dia, não se revelou estatisticamente associado a bom prognóstico, com áreas sob a curva ROC de baixa magnitude e sem significado estatístico.

Um aspecto que parece importante referir e que pode estar associado com a falta de efectividade do ACA é a falta de motivação destes doentes para se

tratarem. Note-se que, enquanto que para os doentes com indicação para DIS encontrou-se um tempo mediano de toma de 179 dias com 72% destes doentes a tomarem por pelo menos 120 dias, em relação ao ACA, o tempo mediano de toma foi 90 dias, com unicamente 28% destes doentes a tomarem-no por pelo menos 120 dias. Esta falta de predisposição dos doentes para tomarem ACA durante períodos mais longos (tal como o DIS) pode sugerir alguma falta de motivação destes doentes na adesão ao tratamento, podendo esta falta de motivação ser consequência da própria falta de efectividade do ACA.

No presente estudo, a preferência de prescrição entre DIS ou ACA não obedeceu a um qualquer critério específico dos doentes, mas sim à preferência do médico terapeuta. Tal como encontrado em Buri et al. (2007) existiu alguma tendência para os fármacos de controlo de consumo DIS ou ACA serem prescritos em doentes algo mais graves, tendo isto sido evidente e com significado estatístico para a quantidade de álcool consumida num dia típico. Ou seja, os doentes em que lhes foi prescrito DIS ou ACA tinham maior consumo de álcool num dia típico em comparação com os doentes em que não lhes foi prescrito qualquer um destes fármacos.

O número de consultas realizadas pelo doente, e em especial, o facto do doente ter realizado pelo menos quatro das sete consultas previstas durante os seis meses de tratamento, revelou-se na análise multivariável um dos factores mais importantes para um bom prognóstico dos doentes, apresentando quatro resultados estatisticamente significativos e de magnitudes relevantes, nomeadamente no que respeitou, a abstinência de consumo pesado, a abstinência de qualquer quantidade, o tempo cumulativo de abstinência acima da média e ter pelo menos um problema ligado ao álcool aos 6 meses. Para as variáveis de resultado, foram ainda encontradas áreas sob a curva ROC do número de consultas estatisticamente significativas e com magnitudes a variar entre 0,75 e 0,90, o que indica a importância do número de consultas para um melhor prognóstico do doente.

Sendo a realização das consultas dos doentes um importante indicador de adesão terapêutica, é de esperar que maior realização de consultas esteja associado a melhor prognóstico tal como referido em diversos estudos (Terra et al., 2008; Mann et al., 2005; McCrady; Epstein, 2004; McKay; Weiss, 2001). De todos os factores que se revelaram estatisticamente significativos na análise multivariável, o doente ter realizado pelo menos 4 das 7 consultas previstas foi o factor que se revelou mais consistente ao nível de taxas mais elevadas simultaneamente na sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. Para este factor, a sensibilidade variou entre 91% e 92%, a especificidade variou entre 63% e 80%, o valor preditivo positivo variou entre 64% e 89% e finalmente, o valor preditivo negativo variou entre 83% e 87%. Este aspecto pode ser revelador que o número de consultas é um dos mais importantes factores de prognóstico a considerar, tanto ao nível da investigação em alcoologia como ao nível do tratamento e acompanhamento do próprio doente.

Neste estudo, as consultas realizadas também se encontraram associadas de modo estatisticamente significativo com a indicação para pelo menos um dos fármacos DIS ou ACA, tendo-se ainda encontrado que o tempo de toma de DIS estava positivamente correlacionado e de modo estatisticamente significativo com o número de consultas realizado. Estes resultados podem sugerir uma acção conjunta dos aspectos de adesão terapêutica como as consultas, com os fármacos de controlo de consumo, e em especial o DIS. Ou seja, uma maior realização de consultas pode motivar a toma de DIS que por sua vez, o doente ao manter a abstinência influenciada pelo DIS acaba por ir a mais consultas. Blondell et al. (2005) acabam mesmo por sugerir que é difícil distinguir se os doentes se mantêm abstinentes por aderirem mais ao tratamento, ou se aderem mais ao tratamento por estarem abstinentes. Ou seja, e transpondo este raciocínio para o nosso estudo, pode ser difícil distinguir se os doentes ficam mais abstinentes por estarem a efectuar um tratamento que inclui mais tempo de toma de DIS e maior número de

consultas realizado, ou se os doentes têm maior tempo de toma de DIS e vão a mais consultas por estarem abstinentes.

Foi ainda encontrado que os doentes que realizaram mais consultas tinham maior pontuação no indicador de gravidade combinado da duração de consumo com a quantidade de álcool num dia típico. Este resultado pode sugerir que os doentes com mais gravidade também poderão estar mais motivados para aderirem ao tratamento de modo a recuperarem do seu problema de álcool.

Para além das consultas realizadas estarem associadas a melhor prognóstico, também as fases das consultas se revelaram associadas ao prognóstico de modo estatisticamente significativo em quatro das seis variáveis de resultado, nomeadamente, o tempo até à primeira recaída pesada, a abstinência de consumo pesado, a abstinência de qualquer quantidade, e o tempo máximo de recaída superior a um dia. Neste estudo, mais de duas fases na consulta está associado a melhor prognóstico, estando estes resultados em acordo com diversos estudos que associam métodos que recorrem a mais fases das consultas com melhor prognóstico (Neto et al., 2008; David et al., 1998; Neto et al., 1997; David; Neto, 1997). Um aspecto importante que pode ajudar a explicar a efectividade das fases das consultas é o envolvimento do co-responsável nas consultas, uma vez que, foi encontrado que um maior número médio de fases das consultas estava positivamente correlacionado, com significado estatístico e com alguma magnitude, com a taxa de presença do co-responsável nas consultas. Por sua vez, é conhecido a importância do co-responsável na supervisão de medicação de controlo de consumo, que por sua vez aumenta a adesão às consultas. As próprias fases das consultas encontraram-se positivamente correlacionadas de modo estatisticamente significativo, com o número de consultas realizadas, embora com uma magnitude ligeira, o que sugere que mais fases das consultas podem aumentar a adesão ao número de consultas, um dos factores mais importantes de melhor prognóstico.

Um último resultado revelado na análise multivariável foi que os doentes que tiveram indicação para ansiolíticos, quer seja BZD ou BUSP, tiveram pior prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída em consumo pesado. Assumindo a indicação para ansiolíticos como um indicador de comorbilidade ansiosa na admissão, este resultado está de acordo com todos os autores que associam maior comorbilidade psiquiátrica com pior prognóstico (Ilgen et al., 2007; Blondell et al., 2006; Sander; Jux, 2006; Bottlender; Soyka, 2005a; Kushner et al., 2005; Verheul et al., 2005; Staines et al., 2003; Willinger et al., 2002; McKay; Weiss, 2001; Curran et al., 2000; Greenfield et al., 1998; McLellan et al., 1994; Ellis; McClure, 1992; Glenn; Parsons, 1991; Waisberg, 1990; Rounsaville et al., 1987), e em especial, os autores que relacionam especificamente a comorbilidade ansiosa com pior prognóstico (Kushner et al., 2005; Willinger et al., 2002).

Para além da indicação de ansiedade revelada pelo toma de pelo menos um dos ansiolíticos considerados (BZD ou BUSP), também não podemos deixar de ter em atenção que perto de 80% dos doentes com indicação para um qualquer ansiolítico, foi com BZD, sendo uma substância que pode traduzir algum aspecto mais desfavorável destes doentes. Este estudo mostra que os doentes que tomaram BZD pelo menos 120 dias, têm o pior prognóstico ao nível do tempo até à primeira recaída pesada em comparação com os doentes sem BZD ou BZD menos de 120 dias, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Foi ainda encontrado que à medida que aumenta o tempo de toma de BZD, também aumenta o risco de recaídas mais longas, nomeadamente mais de um dia de recaída, sendo este resultado revelado pela área sob a curva ROC=0,72 estatisticamente significativa. Para além disto, também temos de ter em atenção que a utilização de BZD é uma substância que pode fazer parte do quadro de outras substâncias aditivas usadas pelo alcoólico no seu percurso de SDA (Callaghan; Cunningham, 2002). Ainda um outros aspecto importante é as BZD serem usadas como recurso terapêutico sedativo, ao nível da fase de

desintoxicação alcoólica (Sá Nogueira; Ribeiro, 2008; Laranjeira et al., 2000), sendo mesmo recomendado a toma de BZD em doses adequadas ao nível de sintomas do síndrome de abstinência, com a utilização de doses mais elevadas nos casos mais graves que requerem tratamento hospitalar (Laranjeira et al., 2000).

Neste estudo, a indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP) está associada de modo estatisticamente à indicação para antidepressivos, assim como, à depressão do ARPQ, o que pode nos dá uma indicação da depressão estar associada à ansiedade, tal como encontrado em Kushner et al. (2005).

O tempo de toma de antidepressivos nunca se revelou na análise de regressão múltipla associada a variáveis de resultado, após ajustamento para outras co-variáveis. No entanto, um aspecto importante revelado na análise bivariável pelo tempo de toma de antidepressivos foi a sua associação com melhor prognóstico, com áreas sob a curva ROC estatisticamente significativas a variar entre os 0,72 e 0,85, para os doentes que tomaram antidepressivos pelo menos um dia. Estes resultados sugerem que os doentes com indicação para toma de antidepressivos o devem fazer durante um tempo alargado ao longo do tratamento. Quatro meses de tempo de toma de antidepressivos revelou uma sensibilidade e especificidade de 80% e 65% para a abstinência de consumo pesado, nos doentes que tomaram antidepressivos pelo menos um dia. Para esta população de estudo, na situação dos doentes terem indicação para a toma de antidepressivos, pode-se pôr nestes doentes a hipótese de independência da depressão face ao álcool (Kushner et al., 2005; Curran et al., 2000; Rounsaville et al., 1987). Deste modo, uma depressão persistente no tempo não tratada pode estar associada a pior prognóstico (Kushner et al., 2005; Curran et al., 2000; Ellis; McClure, 1992; Glenn; Parsons, 1991; Rounsaville et al., 1987).

Um resultado que foi contra as nossas expectativas foi a participação em sessões de AA não ter-se revelado um recurso terapêutico importante para

um bom prognóstico dos doentes, uma vez que muitos estudos apoiam esta expectativa (Sá Nogueira; Ribeiro, 2008; Terra et al., 2008; Galanter et al., 2007; Ilgen et al., 2007; Room et al, 2005; McCrady; Epstein, 2004; McKay; Weiss, 2001; Mello et al., 2001; Schuckit et al., 1997).

Uma das possíveis explicações para a falta de importância estatística do resultado dos AA observado foi o facto como a participação foi medida no processo clínico. Ou seja, só foi medido se o doente tinha participado pelo menos uma vez em sessões AA, e não propriamente o aspecto quantitativo que media por exemplo o número de sessões que o doente fez efectivamente. Tal como o recurso das consultas, que este estudo provou que mais consultas estavam associadas a melhor prognóstico, também para o recurso AA pensamos que a participação num maior número de sessões também estaria associado a melhor prognóstico. Neste sentido, existem estudos que apresentam resultados que apoiam que uma maior contabilização de sessões de grupo de auto-ajuda e AA está associado a um melhor prognóstico, nomeadamente, o número de dias de participação em grupos de auto-ajuda durante o tratamento (Chong; Lopez, 2008), a percentagem de dias de participação em AA durante o tratamento (McCrady; Epstein, 2004), e a participação em AA pelo menos uma vez por semana durante o tratamento (Ellis; McClure, 1992).

Para além de todos os resultados mais importantes encontrados neste estudo, foi muito relevante perceber que certas características da população de estudo admitida a tratamento estavam consistentes com as características de outros estudos que envolvem alcoólicos em tratamento. No presente estudo 84% são homens, com idade mediana de 41 anos, com consumo mediano de álcool de 192 gramas/dia e duração mediana de 13 anos de consumo. Nos diversos estudos revistos, a maioria dos doentes também são homens, com uma mediana de todos os estudos de 74% de homens, a mediana dos estudos relativamente à idade foi 43 anos, a mediana dos estudos face ao consumo diário de álcool foi de 193 gramas/dia com uma

duração de consumo excessivo de álcool de 14 anos (Terra et al., 2008; Laaksonen et al., 2007; Neto et al., 2007; Nielsen et al., 2007; Feeney et al., 2006; Walter et al., 2006; Gordon et al., 2006; Sander; Jux, 2006; Neves Cardoso et al., 2006; Mann et al., 2005; Kiefer et al., 2005; Bottlender; Soyka, 2005a; Kushner et al., 2005; DeSousa; DeSousa, 2004; Kiritzé Topor et al., 2004; Johnson et al., 2003; Staines et al., 2003; Willinger et al., 2002; Guardia et al., 2002; Rubio et al., 2001; Chick et al., 2000; Curran et al., 2000; Barrias et al., 1998; Besson et al., 1998; McLellan et al., 1994; Ellis; McClure, 1992).

No presente estudo foi encontrada uma taxa de recaída de Kaplan Meier em consumo pesado de 23%, IC(95%)=(16% ; 29%). No entanto, se considerarmos o caso de recaída em qualquer quantidade de álcool e a perspectiva mais pessimista em que as perdas de seguimento são assumidas como recaídas, então a taxa de recaída já atinge os 54%, IC(95%)=(47% ; 60%). Mas mesmo nesta situação mais pessimista, o prognóstico de recaída dos doentes em estudo foi abaixo da mediana de 61% dos valores de recaída aos seis meses encontrados em diversos estudos (Terra et al., 2008; Neto et al., 2007; Nielsen et al., 2007; Rubio et al., 2001; Chick et al., 2000; Curran et al., 2000; Barrias et al., 1998; Besson et al., 1998; Ellis; McClure, 1992). Mesmo as taxas de recaída mais baixas de 32% (Nielsen et al., 2007) e 45% (Ellis; McClure, 1992) foram superiores à nossa taxa de 23% de recaída de Kaplan Meier. Deste modo, pode-se sugerir na generalidade, que os alcoólicos do presente estudo parecem recuperar um pouco melhor ao longo dos seis meses, em comparação com os alcoólicos dos outros estudos. No entanto tenha-se presente que o limite superior do intervalo de confiança a 95%, indicando 60% de recaída, está muito próximo da mediana referida de 61%.

Este trabalho identifica factores de prognóstico num curto prazo de seis meses, o que também está na linha de outros autores que defendem a importância do prognóstico a curto prazo (Room et al., 2005; McKay; Weiss,

2001; Glenn; Parsons, 1991). Room et al. (2005) refere mesmo que vinte e cinco anos de investigação do tratamento de dependentes de álcool permitem concluir que o tipo de ajuda ao dependente não tem implicação nos resultados a longo termo (embora segundo Room et al. (2005), os doentes que tenham recebido tratamento para o seu problema de álcool, tenham melhor prognóstico que aqueles que não recebem qualquer ajuda a curto e longo termo). Outros autores apoiam a linha de pensamento, que o tratamento, independentemente do tipo, é sempre mais efectivo que os doentes não receberem qualquer tratamento (Moos; Moos, 2006; Sobell et al., 1996). Assim, pensamos que o presente trabalho se adequa perfeitamente a um horizonte temporal óptimo para a identificação de factores de prognóstico.

Em termos de políticas de saúde apoiadas no PNS (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004), uma das prioridades em termos de doença e enfermidades incluída nas estratégias para obter mais saúde para todos, são as doenças mentais, particularmente a depressão e o abuso e dependência de álcool, tendo-se definido como meta para 2010 a redução da taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool em indivíduos com menos de 65 anos, de 15,8% para 14%.

Deste modo, uma das orientações estratégicas e intervenções necessárias do PNS, é prevenir o consumo excessivo de álcool, apoiado em diversos pontos incluindo o apoio ao desenvolvimento de recursos didácticos e de formação específicos para profissionais de saúde, que permitam uma melhor prevenção, diagnóstico, encaminhamento, tratamento e reabilitação dos indivíduos com problemas ligados ao álcool, que contactam com o sistema geral de saúde.

Também, o PNS dá especial destaque à componente de investigação citando que nem sempre está disponível conhecimento cientificamente validado ou, se existente, não se refere à realidade portuguesa actual, tornando-se

indispensável desenvolver projectos de investigação e desenvolvimento cujos resultados virão em apoio ao planeamento, execução e avaliação das diferentes componentes do PNS.

O PNS refere ainda que independentemente da decisão sobre a política de investigação e desenvolvimento em ciências da saúde, considera-se desde já, desejável a realização de projectos sobre doenças crónicas e, particularmente prevalentes e/ou incapacitantes como as doenças mentais incluindo comportamentos aditivos e problemas com eles relacionados, entre outras. Consequentemente, foram previstos no PNS 40 programas integradores de muitos programas e acções avulsas, em que um deles é precisamente o Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool, cujas entidades responsáveis são a Direcção Geral de Saúde e os Centros Regionais de Alcoologia.

Deste modo, o presente trabalho ao nível de políticas de saúde, está perfeitamente enquadrado no contexto de investigação e desenvolvimento do PNS, identificando factores de prognóstico de utilidade para a reabilitação do dependente alcoólico. Nomeadamente, este estudo permite concluir que durante os seis meses de tratamento ambulatorio que a toma de DIS por períodos temporais mais alargados como 120 dias está associado a melhor prognóstico, contrariamente, a toma de DIS por períodos mais curtos inferiores a 120 dias está associado a pior prognóstico, o ACA não se revelou efectivo neste estudo, a realização de mais consultas é um dos factores de melhor prognóstico encontrados, a consulta ter mais de duas fases envolvendo deste modo o co-responsável na consulta também está associado a melhor prognóstico, e finalmente, os doentes com indicação para tomarem ansiolíticos terão pior prognóstico. Assim, em termos de políticas de saúde, este estudo permite concluir que durante o tratamento ambulatorio devem ser valorizados o recurso farmacológico DIS, a realização do maior número de consultas previsto para o doente e a utilização de mais de duas fases em cada consulta. Este estudo também revela que os prestadores de tratamento

devem ter atenção aos doentes com indicação para a toma de ansiolíticos, e em especial, devem prescrever BZD só em casos absolutamente necessários.

Relativamente aos factores relevantes na admissão ao tratamento ambulatorio, este estudo permite-nos concluir que deve haver maior preocupação dos prestadores de tratamento relativamente às mulheres alcoólicas, aos doentes com nível socioeconómico mais baixo e doentes sem emprego a tempo inteiro nem vínculo, pois são factores que se revelaram associados a pior prognóstico. Também, deve-se ter em atenção aos doentes com história de consumo de outras substâncias nomeadamente o consumo de cocaína, pois revelou-se associado a pior prognóstico. Em relação às variáveis da gravidade do consumo de álcool, os prestadores de tratamento devem tomar especial atenção que o prognóstico piora para os doentes que consomem álcool de modo excessivo pesado à mais de 20 anos, que tenham a avaliação laboratorial do GGT aumentada em relação ao normal e que revelem mais PLA no questionário ARPQ.

Este estudo também prova que se deve motivar o doente a iniciar o tratamento ambulatorio o mais próximo possível do início da abstinência. Mais concretamente, os doentes que iniciaram o tratamento até uma semana desde o início da abstinência tiveram melhor prognóstico. Curiosamente ainda uma informação útil para os prestadores de tratamento é que os doentes que consomem álcool pela manhã e/ou antes do almoço parecem estar mais motivados para recuperarem, tendo-se revelado um factor de bom prognóstico.

Apesar da utilidade destas conclusões, temos de ter em atenção que este estudo envolve algumas limitações, tal como acontece em qualquer outro estudo epidemiológico.

A primeira limitação deste estudo, típica dum estudo coorte, prende-se com as perdas de seguimento. Neste estudo existiram 58 doentes com perda de

seguimento (28% da amostra total de 209 doentes), o que na análise estatística nos obrigou a assumir uma perspectiva pessimista – *worst case scenario* - considerando estes doentes como recaídos, em relação às variáveis de resultado abstinência de consumo pesado e abstinência de qualquer quantidade. No entanto, uma análise final comparativa entre o grupo dos 58 doentes com perda de seguimento versus os recaídos versus os abstinentes de consumo pesado, revelou que os doentes perdidos no seguimento tinham mais gravidade ao nível de vários aspectos sócio demográficos, tais como serem de níveis sociais mais baixos e terem uma situação profissional mais desfavorável sem emprego a tempo inteiro nem vínculo contratual. Também estes doentes perdidos no seguimento tinham mais gravidade ao nível de história de uso de outras substâncias nocivas e ilegais como a cocaína, assim como, em durações mais duradouras de consumo excessivo pesado, nomeadamente, com consumos de álcool superiores a 20 anos. Finalmente, os doentes com perda de seguimento, tal como os recaídos em consumo pesado, apresentavam mais PLA na admissão ao tratamento em comparação com os doentes que se mantiveram abstinentes de consumo pesado ao longo do tratamento. Deste modo, parece-nos perfeitamente plausível ter-se considerado as perdas de seguimento como recaídos segundo o critério de *worst case scenario*.

Também, a variável de resultado que representa o doente ter pelo menos um problema ligado ao álcool aos 6 meses, em 76 doentes (36% da amostra total de 209 doentes) não dispúnhamos de informação, e como tal, também adoptamos o critério pessimista ao classificar que estes doentes teriam pelo menos um problema ligado ao álcool.

Ao nível da análise multivariável, é conhecido que as observações omissas em várias variáveis reduzem o tamanho da amostra incluída na análise multivariável, sendo uma limitação importante dos estudos epidemiológicos e em especial dos estudos observacionais. Neste estudo, a análise multivariável incluiu uma amostra mais reduzida entre 135 e 186 doentes.

No entanto, observámos que os sentidos das associações dos factores de prognóstico com as variáveis de resultado dos modelos finais da análise são exactamente os mesmos da análise bivariável. Este aspecto reforça a robustez das conclusões atingidas na análise multivariável, mesmo numa amostra mais reduzida.

Outra limitação, que nos parece importante mencionar é o eventual viés de memória ao nível da história de consumo de álcool, em que é registado para cada doente o tempo de consumo excessivo pesado de álcool e a quantidade de álcool num dia típico de consumo.

Também, parece importante o facto de não se ter medido as comorbilidades psiquiátricas, pelo menos na admissão ao tratamento e passados os seis meses, e em especial para a depressão e ansiedade, com escalas e critérios de diagnóstico próprios para o efeito (First et al., 1998; APA, 1994; McLellan et al., 1992; Hamer et al., 1991; Derogatis; Melisaratos, 1983; Steer et al., 1983; Zigmond; Snaith, 1983; Laux et al., 1981; McLellan et al., 1981; McLellan et al., 1980a,b; Beck et al., 1974; Derogatis et al., 1973; Beck, 1967; Hamilton, 1967; Beck et al., 1961; Hamilton, 1960). A utilização de escalas e critérios para medição da comorbilidade psiquiátrica incluindo a depressão e ansiedade é frequentemente utilizada em estudos que pretendem medir estes factores (Ilgen et al., 2007; Sander; Jux, 2006; Bottlender; Soyka, 2005a; Kushner et al., 2005; Verheul et al., 2005; Staines et al., 2003; Willinger et al., 2002; Curran et al., 2000; Greenfield et al., 1998; McLellan et al., 1994; Ellis; McClure, 1992; Glenn; Parsons, 1991; Rounsaville et al., 1987). Deste modo poderíamos quantificar noutra forma os valores destas comorbilidades, para além da indicação para medicamentos e tempo de toma utilizados no presente estudo. Também o mesmo se aplica para a medição do *craving* em que poderia ter sido aplicada também uma escala própria para esse efeito (Flannery et al., 2001; Moak et al., 1998; Anton et al., 1995; Guilford, 1954), tal como efectuado em diversos estudos (Bottlender; Soyka, 2005a; Verheul et al., 2005; Bottlender; Soyka, 2004),

nos mesmos momentos de medição das comorbilidades de depressão e ansiedade. No entanto, as variáveis que entraram neste estudo cumpriam na sua maior parte os processos clínicos utilizados no CRAS e HNSR, e deste modo não houve qualquer pretensão de alterar a prática clínica habitual dos médicos prestadores de tratamento. Noutros estudos mais dirigidos para hipóteses de investigação baseadas nos aspectos de comorbilidade psiquiátrica, pensamos ser importante proceder à utilização de escalas e critérios de diagnóstico apropriados para quantificar e classificar estas comorbilidades.

Este estudo, como estudo coorte seguiu uma abordagem observacional da prática clínica habitual dos médicos assistentes, o que confere ao estudo uma boa validade externa, embora pagando algum preço na validade interna. Deste modo, este estudo não é propriamente um ensaio clínico sobre o DIS e o ACA, tendo sido unicamente provado que o DIS revelou alguma efectividade na prática clínica habitual, enquanto que o mesmo não se verificou para o ACA. Segundo Treweek e Zwarenstein (2009) e a propósito do paradigma validade interna versus validade externa dos ensaios clínicos, é referido que a abordagem convencional aos ensaios clínicos procura a maior validade interna possível embora pagando o preço na validade externa, ou seja, na aplicação dos resultados do ensaio à realidade dos doentes não sujeitos aos rigorosos critérios de selecção do ensaio. Em termos de políticas de saúde e *decision making*, Treweek e Zwarenstein (2009) defendem que os ensaios apoiados numa atitude mais pragmática envolvendo os médicos e os doentes da prática clínica habitual, têm muito mais importância que os resultados de um ensaio clínico com maior validade interna mas sem realismo de doentes. Um conceito que apoia este raciocínio é que a procura da maior validade interna arrisca-se a incluir no estudo os "atletas da doença". Treweek e Zwarenstein (2009) no seguimento deste raciocínio comentam mesmo *any single patient to whom we wish to apply the results of a trial is far more likely to be found within the ranks of unselected patients included in a pragmatic trial, than in the highly selected patients of a*

conventional trial. Transpondo este raciocínio para o nosso estudo de coorte, a sua característica pragmática permite-nos estudar na prática clínica habitual como é que as exposições de tratamento, farmacológicas e não farmacológicas, contribuíram para o prognóstico do doente em meio real de doentes e médicos. Deste modo, pensamos que o presente estudo tem uma elevada validade externa, com alguma validade interna dada pela modelação estatística multivariável e por algum rigor nos critérios de selecção dos doentes. Ou seja, os resultados deste estudo permitem-nos tirar conclusões com um elevado nível de aplicabilidade no meio real dos doentes com características semelhantes às da população de estudo.

Finalmente, uma última limitação que nos parece importante mencionar prende-se com o valor clínico dos factores seleccionados nos modelos estatísticos múltiplos. Ou seja, apesar dos modelos estatísticos múltiplos apresentaram excelente validade, de facto ao determinarem-se a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo de cada factor, na generalidade não se obtiveram resultados digamos ao mesmo nível da validade dos modelos múltiplos. Para cada uma das variáveis resultado, abstinência de consumo pesado, abstinência de qualquer quantidade de álcool, tempo cumulativo de abstinência acima da média, tempo máximo de recaída superior a um dia e ter pelo menos um PLA aos 6 meses, determinámos respectivamente as medianas de todos os valores (sensibilidade, especificidade, preditivo positivo e negativo) de 63%, 57%, 66%, 49% e 60%. Como se pode ver são valores abaixo do limite suficientemente bom de 70% estabelecido nos métodos. Mais ainda, Oliveira (2009) chega mesmo a mencionar um critério mais conservador de 80% como limite para que um instrumento de estratificação de risco ou um instrumento de classificação de doentes venha a ter interesse clínico. Deste modo, neste dilema sempre presente em qualquer estudo com componente clínica que é o significado estatístico versus o significado clínico, o que é que poderá ser mencionado sobre a validade dos resultados e a sua aplicação no meio clínico? Pensamos que a resposta adequada é a seguinte, devem-se

valorizar os resultados deste estudo (assim como outros que venham a ser realizados) embora a aplicação clínica destes resultados exija um certo bom senso clínico nunca devendo ser feito de modo cego. Ou seja, os factores de prognóstico seleccionados são importantes, mas a quantificação real do peso destes factores no prognóstico pode ser mais ambígua, e como tal, devem ser feitos estudos de modo a se terem mais certezas acerca de qualquer viés e imprecisão destes estimadores de efeito.

Apesar das limitações deste estudo, também existiram alguns resultados estatisticamente significativos, que apesar de não terem propriamente uma importância prioritária para os objectivos do estudo, servem para reforçar a validade interna do estudo, devido à plausibilidade de resultados estatísticos encontrados no âmbito temático, nomeadamente;

- Os baixos níveis sócio demográficos estarem associados a um nível de escolaridade mais baixo, o que é perfeitamente plausível,
- Os doentes alcoólicos que usam outras substâncias são mais novos, o que é plausível dado que o acesso a outras substâncias culturalmente pode estar associado a idades mais precoces,
- Os anos de consumo excessivo pesado estarem positivamente correlacionados e com alguma magnitude com a idade dos doentes, o que é perfeitamente plausível dado que os doentes com mais idade naturalmente podem consumir à mais anos,
- Os doentes mais graves que bebem de manhã e/ou antes do almoço, assim como, que bebem álcool num padrão continuado diário, tiveram valores mais elevados do indicador de gravidade combinado da duração de consumo com a quantidade de álcool num dia típico, o que é plausível dado que para os doentes mais graves é perfeitamente expectável terem mais gravidade de anos de consumo e quantidade de álcool num dia típico,

- Os doentes que consomem álcool num padrão continuado diário também consomem à mais anos de modo excessivo pesado, o que é plausível dado que são dois indicadores de gravidade,
- O consumo de cerveja está associado a uma idade mais precoce do primeiro consumo excessivo pesado, o que é plausível dado que o acesso à cerveja é muito facilitado em termos económicos, para além de ser culturalmente aceite no meio mais jovem, basta para isso observar que muitos dos festivais musicais de verão são patrocinados pela indústria da cerveja,
- Os doentes que fizeram tratamento anterior tiveram mais tempo de abstinência anterior que os que não fizeram, o que é bastante plausível dado que o tratamento, qualquer ele que o seja, é sempre uma mais valia para a recuperação do doente, em comparação com quem não faz qualquer tratamento,
- Os doentes que já tinham feito tratamento com DIS tiveram mais abstinência no passado, o que é plausível dado que o DIS mais uma vez neste estudo provou a sua efectividade como recurso de tratamento do doente alcoólico,
- Os doentes que já tinham anteriormente participado em sessões AA tiveram mais abstinência no passado, o que é plausível dado que o recurso AA é esperado ser efectivo na prevenção da recaída,
- Para o doente condutor de veículos, ser referenciado pela polícia a conduzir sob o efeito do álcool acima do valor permitido por lei, está associado a mais processos judiciais, o que é plausível dado que a condução sob o efeito de álcool por si só pode perfeitamente originar um processo judicial,

- Os doentes que tiveram história de uso de pelo menos uma das 5 outras substâncias (cocaína, heroína, cannabis, BZD e tabaco) tiveram mais processos judiciais, o que é plausível dado que algumas destas substâncias são ilícitas, nomeadamente a cocaína, a heroína e a cannabis.
- A história de uso de cocaína está associado com uma elevada magnitude com a história de uso de heroína, o que pode ser plausível dado a proximidade destas duas substâncias geralmente conhecidas como “drogas duras”, sendo de todas as substâncias as que são culturalmente consideradas de maior impacto na saúde física e mental dos doentes,
- Valores mais elevados de GGT estão correlacionados com valores mais elevados de ALT, AST e VGM, o que é plausível dado que é esperado para doentes com maior gravidade nos valores do GGT, também tenham maior gravidade nos valores de ALT, AST e VGM,
- O GGT aumentado está associado a um padrão de consumo diário, sendo também superior nos doentes que bebem de manhã e/ou antes do almoço, o que é plausível dado que consumir álcool num padrão diário continuado, assim como, consumir de manhã e/ou antes do almoço são indicadores de gravidade da história de consumo, e como tal, é perfeitamente possível esperar maior gravidade hepática nestes doentes,
- Os doentes com os sete critérios de diagnóstico do SDA têm mais padrão de consumo diário, bebem mais de manhã e/ou antes do almoço, bebem mais num dia típico de consumo e têm superiores níveis de GGT, o que é perfeitamente plausível, dado que se pode esperar que uma maior indicação de gravidade da adição ao álcool, revelada pela presença simultânea de todos os critérios de diagnóstico em simultâneo, esteja mais associada a outros indicadores de gravidade da história de consumo, tais como, consumir diariamente, de manhã, maior quantidade e maior consequência hepática.

- Existe alguma exclusividade no tratamento farmacológico para controlo de consumo, uma vez que, para os doentes em que é prescrito DIS geralmente não é prescrito ACA e vice-versa, o que é plausível dado que são dois fármacos com o mesmo objectivo de controlo do consumo, e deste modo, é natural esperar para a maioria dos doentes que se o médico prescreve DIS ao doente, já não prescreva ACA no mesmo doente e vice-versa,
- As fases das consultas entre um e quatro estarem correlacionadas com a taxa de participação do co-responsável nas consultas, o que é plausível dado que mais de uma fase na consulta obriga necessariamente à inclusão do co-responsável na consulta,
- O tempo de toma de DIS está positivamente correlacionado com o número de consultas realizado pelo doente, o que é plausível, pois se o doente toma DIS durante mais tempo é esperado ir a mais consultas por estar abstinente, sendo o inverso verdadeiro, ou seja, se o doente vai a mais consultas e está abstinente, também se pode esperar a continuação da toma de DIS durante mais tempo, caso lhe tenha sido indicado no seu plano de tratamento,
- O tempo de toma de DIS está positivamente correlacionado com a taxa de participação do co-responsável na consulta, o que é perfeitamente plausível, uma vez que, a toma de DIS é supervisionada pelo co-responsável, e deste modo, é perfeitamente natural esperar que co-responsáveis preocupados com a adesão do doente ao DIS, também tenham maior preocupação em participar nas consultas do doente,
- O nível de gravidade dos doentes é relativamente homogéneo entre os oito médicos, o que confere uma boa comparabilidade à análise das fases das consultas usadas por estes médicos na sua prática clínica habitual, ou seja, na análise das fases das consultas, à priori os efeitos das fases não estão confundidas pela gravidade dos doentes,

- O número médio das fases das consultas do médico está relativamente consistente com os modelos de consulta da prática clínica habitual destes médicos, ou seja, para os médicos que praticam o modelo usual até duas fases foram encontradas medianas por médico entre 1 e 1,3 fases, e para os médicos que praticam o modelo combinado e por etapas até quatro fases, foram encontradas medianas por médico entre 2,7 e 4 fases,
- A indicação para antidepressivos está positivamente associado à indicação para ansiolíticos, o que é perfeitamente plausível dado que os estudos provam que a depressão está associada à ansiedade,
- Os doentes que manifestaram depressão no ARPQ tiveram superior indicação para antidepressivos, superior indicação para pelo menos um fármaco para depressão ou ansiedade e superior indicação para um qualquer ansiolítico, o que é plausível dado que a associação da depressão do ARPQ com a indicação para antidepressivos e indicação para pelo menos um fármaco para depressão ou ansiedade não só é esperado como dá consistência a estas variáveis. A associação da depressão do ARPQ com a indicação para um qualquer ansiolítico também é esperado em função da natural associação entre depressão e ansiedade,
- Os doentes que têm mais PLA no ARPQ na admissão ao tratamento também têm mais problemas com compromissos profissionais e sociais, mais problemas com discussões familiares e sociais, mais comportamentos de violência familiar e social, mais hipóteses de afastamento familiar e social devido às discussões e mais problemas com a polícia, o que é plausível dado ser esperado que uma parte importante dos problemas ligados ao álcool do doente quando ele ainda se encontra a beber, o sejam no âmbito profissional, familiar, social e legal.

Finalmente, e de modo a sintetizarmos as conclusões deste estudo, apresentamos no Quadro 58 os factores inseridos num nível mais macro de componentes de prognóstico, e com a descrição do sentido de prognóstico, quer este seja favorável ou desfavorável para o doente.

No Anexo 6 encontramos ainda duas partilhas de casos reais de SDA. Nestas partilhas, facilmente encontramos a comorbilidade de uso de outras substâncias como a cocaína concomitante à dependência alcoólica, assim como, o aumento da quantidade e frequência de consumo ao longo do percurso da adição. Também, facilmente se detecta a presença de comorbilidade psiquiátrica de depressão e ansiedade, através da utilização de fármacos para o efeito. Durante o processo de recuperação fica evidente a efectividade da adesão terapêutica, quer seja a nível farmacológico, quer seja ao nível de sessões de ajuda psicoterapêutica.

Assim, esperamos que este estudo contribua de algum modo para os políticos da saúde, terapeutas dos PLA e em especial do SDA, assim como os investigadores da área dos PLA, terem um instrumento que identifica numa população portuguesa de doentes alcoólicos quais os factores na admissão ao tratamento e quais as exposições durante o período de tratamento que mais podem contribuir para o prognóstico dos seus doentes.

Quadro 58- Síntese dos factores de prognóstico de maior importância demonstrada no estudo

<i>Componente de prognóstico</i>	<i>Factor de prognóstico</i>	<i>Sentido do prognóstico</i>
Sócio demográfico	Sexo feminino	Prognóstico desfavorável
	Nível sócio económico médio baixo ou baixo	Prognóstico desfavorável
	Doente com emprego a tempo inteiro e vínculo	Prognóstico favorável
História de uso de outras substâncias	Uso de cocaína	Prognóstico desfavorável
Gravidade de consumo de álcool	Consumo de modo excessivo pesado à mais de 20 anos	Prognóstico desfavorável
	Consumo pela manhã e/ou antes do almoço	Prognóstico favorável
	GGT aumentado	Prognóstico desfavorável
	Presença de pelo menos 5 dos 11 PLA do ARPQ	Prognóstico desfavorável
Tempo até entrar em tratamento ambulatorio	Entrar em tratamento com tempo de abstinência até 7 dias	Prognóstico favorável
Fármacos para controlo de consumo	Tomar DIS pelo menos durante 120 dias	Prognóstico favorável
	Tomar DIS por menos de 120 dias nos doentes com indicação para DIS	Prognóstico desfavorável
	Indicação para ACA	Prognóstico desfavorável
Adesão a consultas e modelo de consulta	O doente realizar pelo menos 4 das 7 consultas previstas para 6 meses de tratamento ambulatorio	Prognóstico favorável
	O doente ter tido um modelo de consulta com 3 ou mais fases	Prognóstico favorável
Fármacos para comorbilidade psiquiátrica	O doente ter indicação para ansiolíticos (BZD ou BUSP)	Prognóstico desfavorável

7 - Bibliografia

Aguiar, P. - Guia prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica. Lisboa : Climepsi Editores, 2007.

Altman, D.G. - Practical statistics for medical research. London : Chapman & Hall, 1991.

Altman, D.G. - Confidence intervals for number needed to treat. **BMJ**. 317 (1998)1309-1312.

American Psychiatric Association - Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994.

American Psychiatric Association – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4th ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2002.

Anderson, P. - Binge drinking and Europe. London : Institute of Alcohol Studies, 2007.

Anderson, P. - The risk of alcohol : what general practice can do. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 24 (2008)289-292.

Anton, R.F.; Moak, D.H.; Latham, P. - The Obsessive Compulsive Drinking Scale : a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behaviour. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**. 19 : 1 (1995) 92-99.

Anton, R.F. - Pharmacologic approaches to the management of alcoholism. **Journal of Clinical Psychiatry**. 62 : 20 (2001)11-17.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. - Brief intervention for hazardous and harmful drinking : a manual for use in primary health care. Geneva : Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, 2001.

Babor, T.F., *et al.* - AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva : Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, 2001.

Barrias, J.A., *et al.* Acamprosato : estudo português multicêntrico de avaliação de eficácia e tolerância. **Psiquiatria clínica**. (1998) 5-16.

Beck, A.T., *et al.* - An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**. 4 (1961) 561-571.

Beck, A.T. - Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York : Harper and Row, 1967.

Beck, A.T.; Rial, W.Y.; Rickels, K. - Short form of depression inventory : cross-validation. **Psychological Reports**. 34 (1974) 1184-1186.

Beck, A.T.; Steer, R.A. - Beck Depression Inventory. San Antonio, Texas: Harcourt : Brace Jovanovich, 1986.

Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellstrom, T. - Basic epidemiology. Geneva : World Health Organization, 1993.

Bessonk, J., *et al.* - Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism : a controlled study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. 22 : 3 (1998) 573-579.

Blondell, R.D., *et al.* - Abstinence and initiation of treatment following inpatient detoxification. **The American Journal on Addictions**. 15: (2006) 462-467.

Bohnik, M.J.; Babor, T.F.; Kranzler, H.R. - The alcohol use disorders identification test (AUDIT) : validation of a screening instrument for use in medical settings. **Journal of Studies on Alcohol**. 56 : 4 (1995) 423-432.

Bottlender, M.; Soyka, M. - Impact of craving on alcohol relapse during and 12 months following outpatient treatment. **Alcohol & Alcoholism**. 39 : 4 (2004) 357-361.

Bottlender, M.; Soyka, M. - Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism : predictors of outcome 6 months after treatment. **European Addiction Research**. 11 : (2005a) 132-137.

Bottlender, M.; Soyka, M. - Outpatient alcoholism treatment : predictors of outcome after 3 years. **Drug and Alcohol Dependence**. 80 : (1) (2005b) 83-89

Brownson, R.; Petiti, D. - Applied epidemiology : theory to practice. New York : Oxford University Press, 1998.

Buri, C., *et al.* - Prescription procedures in medication for relapse prevention after inpatient treatment for alcohol use disorders in Switzerland. **Alcohol and Alcoholism**. 42 : 4 (2007) 33-339.

Callaghan, R.C.; Cunningham, J.A. - Gender differences in detoxification : predictors of completion and re-admission. **Journal of Substance Abuse Treatment**. 23 (2002) 399-407.

Chick, J., *et al.* - Advice versus extended treatment for alcoholism : a controlled study. **British Journal of Addiction**. 83 (1988)159-170.

Chick, J.; Rund, D.; Gilbert, M.A. - Orthopaedic trauma in men : the relative risk among drinkers and the prevalence of problem drinking in male orthopaedic admissions. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**. 73 (1991) 311-315.

Chick, J. - Safety issues concerning the use of disulfiram in treating alcohol dependence. **Drug Safety** 20(5) (1999):427-435

Chick, J., *et al.* - United Kingdom multicentre acamprosate study (UKMAS) : a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. **Alcohol and Alcoholism**. 35 : 2 (2000) 176-187.

Chick, J. - Does Acamprosate improve reduction of drinking as well as aiding abstinence? **Journal of Psychopharmacology**. 17 : 4 (2003) 397-402.

Chong, J.; Lopez, D. - Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment. **American Indian and Alaska Native Health Research**. 14 : 3 (2008)24-48.

Cortez-Pinto, H.; Marques-Vidal, P.; Monteiro, E. - Liver disease-related admissions in Portugal : clinical and demographic pattern. **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**. 16 : 9 (2004) 873-877.

Coulton, S., *et al.* - Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care : comparative study. **BMJ**. 332 (2006)511-514.

Crits-Christoph, P.; Beebe, K.; Connolly, M. - Therapist effects in the treatment of drug dependence : implications for conducting comparative

treatment studies. Washington, DC : National Institute on Drug Abuse. NIH, 1990. 39-49. (Research Monograph; 104).

Curran, G.M., *et al.* - Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans. **Journal of Substance Abuse Treatment**. 19 (2000) 259-265.

David, M.; Neto, D. - Os fundamentos e as indicações do tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes em ambulatório. **Acta Médica Portuguesa**. 12 (1997) 905-909.

David, M., Geada, M.; Neto, D. - Follow-up of 101 heroin addicts over one year of treatment with naltrexone and a family approach. **Arquivos de Medicina**. 12 : 1 (1998) 163-166.

Deguti, M.M. ; Gonçalves, L.F. - Marcadores biológicos do alcoolismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 27 : 1 (2000) 5-9.

Del Boca, F.; Darkes, J. - The validity of self-reports of alcohol consumption : state of the science and challenges for research. **Addiction**. 98 : 2 (2003) 1-12

DeWit, D.J., *et al.* - Age at first alcohol use : a risk factor for the development of alcohol disorders. **American Journal of Psychiatry**. 157 (2000) 745-750.

Derogatis, L.R.; Lipman, R.S.; Covi, L. - SCL-90 : an outpatient psychiatric rating scale : preliminary report. **Psychopharmacology Bulletin**. 9 (1973) 13-28.

Derogatis, L.R.; Melisaratos, N. - The Brief Symptom Inventory : an introductory report. **Psychological Medicine**. 13 (1983) 595-605.

DeSousa, A.; DeSousa, A. - A one-year pragmatic trial of naltrexone vs disulfiram in the treatment of alcohol dependence. **Alcohol & Alcoholism**. 39 : 6 (2004) 528-531.

Dias, C. M., *et al.* - Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal Continental : estimativa do consumo de etanol utilizando os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/96 e de 1998/99. **Observações ONSA**. 16 (2002) ISSN 0874-2928.

Ellis, D.; McClure, J. - In-patient treatment of alcohol problems : predicting and preventing relapse. **Alcohol and Alcoholism**. 27 : 4 (1992) 449-456.

Ewing, J.A. - Detecting alcoholism : the CAGE questionnaire. **Journal of American Medical Association**. 252 (1984) 1905-1907.

Feeney, G., *et al.* - Cognitive behavioural therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate : are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved? **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 36 : 5 (2002) 622-628.

Feeney, G., *et al.* - Combined acamprosate and naltrexone, with cognitive behavioural therapy is superior to either medication alone for alcohol abstinence: a single centres experience with pharmacotherapy. **Alcohol and Alcoholism**. 41 : 3 (2006) 321-327.

Fillmore, K.M., *et al.* - Moderate alcohol use and reduced mortality risk : systematic error in prospective studies. [Em linha]. **Addiction Research and Theory**. (2006) 1-31. [Consult. 12-03-2009]. Disponível em <http://www.ioqt.org/admin/pdf/m350jp7v218202g8.pdf>.

First, M.B., *et al.* - Structural Clinical Interview for Axis-I DSM-IV Disorders : Patient Edition (SCID-I/P version 20). New York : New York State Psychiatric Institute, 1998. (Biometrics Research).

Flannery, B.A., *et al.* - The role of craving in alcohol use, dependence and treatment. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. 25 : 2 (2001) 299-308.

Fletcher, R.; Fletcher, S.; Wagner, E. - Clinical epidemiology : the essentials. Baltimore : Williams and Williams, 1982.

Fletcher, R.; Fletcher, S. - Clinical epidemiology : the essentials. 4th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 2005

Fonseca, M. - Álcool e gravidez. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 24 (2008) 277-280.

Galanter, M., *et al.* - Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**. 33 (2007) 257-264.

Gameiro, Aires - Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal : 1985, 1991, 1997. Lisboa : Editorial Hospitalidade, 1998.

Glenn, S.W.; Parsons, O.A. - Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. **The International Journal of Addictions**. 26 : 2 (1991) 237-254.

Gossop, M., *et al.* - Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders : a study in six European cities. **Addiction Biology**. 12 (2007) 190-196.

Gordon, S.M., *et al.* - Inpatient desire to drink as a predictor of relapse to alcohol use following treatment. **The American Journal of Addictions**. 15: (2006) 242-245.

Graffard, M. - Une methode de classification sociale d'echantillons de population. **Courrier de l'Unesco**. 6 (1956) 455.

Greenfield, S.F., *et al.* - The effect of depression on return to drinking : a prospective study. **Archives of Genetic Psychiatry**. 55 (1998) 259-265.

Guardia, J., *et al.* - A double-blind, placebo controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol-dependence disorder : results from a multicenter clinical trial. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**. 26 : 9 (2002) 1381-1387.

Guilford, J.P. - Visual analog scales : psychometric methods. New York: McGraw Hill, 1954.

Hamer, D., *et al.* - Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen psychiatric disorders in people presenting with deliberate self-harm. **British Journal of Psychiatric**. 158 (1991) 782-784.

Hamilton, M. - The assessment of anxiety states by rating. **British Journal of Medical Psychology**. 32 (1959) 50-55.

Hamilton, M. - A rating scale for depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**. 23 (1960) 56-62.

Hamilton, M. - Development of a rating scale for primary depressive illness. **The British Journal of Social and Clinical Psychology**. 6 (1967) 278-296.

Haynes, R.B., *et al.* - Clinical epidemiology : how to do clinical practice research. 3rd ed. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Helzer, J.E.; Canino, G.J. - Alcoholism in North America, Europe and Asia. New York : Oxford University Press, 1992.

Hingson, R., *et al.* - Seeking help for drinking problems : a study in the Boston metropolitan area. **Journal of Studies on Alcohol**. 43 (1982) 273-288.

Hingson, R.; Heeren, T.; Winter, M. - Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration and severity. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**. 160 (2006a)739-746.

Hingson, R.; Heeren, T.; Winter, M. - Age of alcohol-dependence onset : associations with severity of dependence and seeking treatment. **Pediatrics**. 118 (2006b) 755-763.

Hosmer, D.W.; Lemeshow, S. - Applied logistic regression. New York : John Wiley & Sons, 1989

Hughes, J.C.; Cook, C.C. - The efficacy of DIS : a review of outcome studies. **Addiction**. 92 (1997) 381-395.

Humphreys, K.; Mavis, B.; Stofflemayr, B. - Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment : preliminary findings. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 59 (1991) 591-593.

Ilgen, M.; McKellar, J.; Moos, R. - Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. **Journal of Studies on Alcohol and Drug**. 68: (2007) 126-132.

Johnson, B.A., *et al.* - Oral topiramate for treatment of alcohol dependence : a randomised controlled trial. **The Lancet**. 361 (2003) 1677-1685.

Kiefer, F., *et al.* - Pharmacological relapse prevention of alcoholism: clinical predictors of outcome. **European Addiction Research**. 11 : 2 (2005)83-91.

Kiritzé-Topor, P., *et al.* - A pragmatic trial of acamprosate in the treatment of alcohol dependence in primary care. **Alcohol & Alcoholism**. 39 : 6 (2004) 520-527.

Kleinbaum, D.; Klein, M. – Survival analysis: a self learning test. 2rd ed. New York : Springer Statistics for Biology and Health, 2005.

Kranzler, H.R.; Kirk, J.V. - Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment : a meta-analysis. **Alcoholism : Clinical and Experimental Research**. 25 : 9 (2001) 1335-1341.

Kushner, M.G., *et al.* - Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. **Clinical and Experimental Research**. 29 : 8 (2005) 1432-1443.

Laaksonen, E., *et al.* - A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. [Em linha]. **Alcohol and Alcoholism**. (2007) 1-9. [Consult. 12-02-2009].

Disponível em <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/agm136v1>

Laranjeira, R., *et al.* - Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 22 : 2 (2000) 62-71.

Last, J.M. - A dictionary of epidemiology. 3rd ed. New York : Oxford University Press, 1995.

Last, J.M. - A dictionary of epidemiology. 4rd ed. New York : Oxford University Press, 2001.

Laux, L., *et al.* - Das State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI). Weinheim : Beltz, 1981.

Lima, Clemente M.F.; Ribeiro, C. - Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados de primários de saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** 24 (2008) 317-322.

Luborsky, L., *et al.* - Therapist success and its determinants. **Archives of General Psychiatry.** 42: (1985) 602-611

Mann, K.; Leher, P.; Morgan, M.Y. - The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals : results of a meta-analysis. **Alcoholism : Clinical & Experimental Research.** 28 : 1 (2004) 51-63.

Mann, K., *et al.* - The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. **Addiction.** 100 (2005)797-805.

Marinho, R. - O álcool e os jovens. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** 24 (2008) 293-300.

Marques-Vidal, P.; Dias, C.M. - Trends and determinants of alcohol consumption in Portugal : results from the national health surveys 1995 to 1996 and 1998 to 1999. **Alcoholism : Clinical and Experimental Research.** 29 : 1 (2005) 89-97.

McCrady, B.S.; Epstein, E.E. - Alcoholics Anonymous and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioral alcohol treatment for men : 18-month outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 72 : 5 (2004) 870-878.

McGue, M., *et al.* - Origins and consequences of age at first drink : I. associations with substance use disorders, disinhibitory behaviour and psychopathology and P3 amplitude. **Alcoholism : Clinical and Experimental Research**. 25 (2001) 1156-1165.

McKay, J.R., *et al.* - Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse. **Journal of Studies on Alcohol**. 59 : 2 (1998) 152-162.

McKay, J.R.; Weiss, R.V. - A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. **Evaluation Review**. 25 : 2 (2001) 113-161.

McLellan, A.T., *et al.* - The Addiction Severity Index. In: Gottheil, E.; McLellan, A.T.; Druley, K.A., ed.lit. - Substance abuse and psychiatric illness. New York : Pergamon Press, 1980a. 178-194.

McLellan, A.T., *et al.* - An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients : the Addiction Severity Index. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 168 : 1 (1980b) 26-33.

McLellan, A.T., *et al.* - New data from the addiction severity index : reliability and validity in three centers. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 173 (1985) 412-423.

McLellan, A., *et al.* - Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation? : an examination of treatment success among four

counselors. **The Journal of Nervous and Mental Disease.** 176 (1988) 430-432.

McLellan, A.T., *et al.* - The 5th edition of the Addiction Severity Index. **Journal of Substance Abuse Treatment.** 9 (1992) 199-213.

McLellan, A.T., *et al.* - Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments : role of treatment services. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 62 : 6 (1994) 1141-1158.

Mello, M.L.; Barrias, J.; Breda, J. - Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa : Direcção Geral de Saúde, 2001.

Miller W.; Taylor C.; West J. - Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 48 (1980) 590-601.

Miller, W. - Motivation for treatment : a review with special emphasis on alcoholism. **Psychological Bulletin.** 98 (1985) 84-107.

Miller, N.S. - Mortality risks in alcoholism and effects of abstinence and addiction treatment. **The Psychiatric Clinics of North America.** 22 : 2 (1999) 371-383.

Moak, D.H.; Anton, R.F.; Latham, P.K. - Further validation of the obsessive-compulsive drinking scale (OCDS) : relationship to alcoholism severity. **American Journal of Addictions.** 7 : 1 (1998) 14-23.

Moos, R.H.; Moos, B.S. - Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. **Addiction.** 101 : 2 (2006) 212-222.

Najavits, L.M.; Weiss, R.D. - Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders : an empirical review. **Addiction**. 89 (1994) 679-688.

Neves, Cardoso, J.M., *et al.* - Neter Alcoholic Typology (NAT). **Alcohol and Alcoholism**. 41 : 2 (2006) 133-139.

Neto, D., *et al.* - Sequential combined treatment of heroin addicted patients in Portugal with naltrexone and family therapy. **European Addiction Research**. 3 (1997) 129-137.

Neto, D.; Lambaz R.; Tavares J.E. - Compliance with aftercare treatment, including disulfiram and effect on outcome in alcohol-dependent patients. **Alcohol and Alcoholism**. 42 : 6 (2007)604-609.

Neto, D., *et al.* - Effectiveness of sequential combined treatment (SCT) in comparison with the treatment as usual (TU) in the preventing relapse in alcohol dependence. **Alcohol and Alcoholism**. 43 : 6 (2008) 661-668.

Niederhofer, H.; Staffen, W. - Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence of adolescents. **Drug and Alcohol Review**. 22 : 3 (2003) 295-297.

Nielsen, P.; Rojskjaer, S.; Hesse, M. - Personality-guided treatment for alcohol dependence : a quasi-randomized experiment. **The American Journal of Addictions**. 16: (2007) 357-364.

Oliveira, A.G. – Bioestatística, Epidemiologia e Investigação : teoria e aplicações. Lisboa : Lidel, 2009.

Patience, D., *et al.* - The SECCAT Survey II : the Alcohol Related Problems Questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment. **Alcohol and Alcoholism**. 32 (1997) 79-84.

Pereira, A. - Guia prático de utilização do SPSS : análise de dados para as ciências sociais e psicologia. 4ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2003.

Pestana, M.H.; Gageiro, J.G. - Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2000.

Pocock, S.J. - Clinical trials : a practical approach. Chichester : John Wiley & Sons, 1983.

Portugal. Ministério da Saúde. DGS - Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa : Direcção Geral de Saúde, 2001.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde : 2004-2010. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2004. ISBN 972-675-108-X. Vol. 1: Prioridades. ISBN 972-675-109-8. Vol. 2: Orientações estratégicas. ISBN 972-675-110-1.

Ribeiro, C. - Álcool : impacto no indivíduo e na sociedade : qual o papel dos cuidados de saúde primários? **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 24 (2008a) 269-274.

Ribeiro, C. - Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa : qual o papel para os cuidados de saúde primários? **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 24 (2008b) 323-329.

Room, R.; Babor, T.; Rehm, J. - Alcohol and public health. **Lancet**. 365 (2005) 519-530.

Rothman, K. - Modern epidemiology. Boston: Little, Brown and Company, 1986.

Rothman, K.; Greenland S.; Lash T. - Modern epidemiology. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008

Rounsaville, B.J., *et al.* - Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. **Archives of General Psychiatry**. 44 (1987) 505-513.

Rubio, G., *et al.* - Naltrexone versus acamprosate : one year follow-up of alcohol dependence treatment. **Alcohol & Alcoholism**. 36 : 5 (2001)419-425.

Ryan, R.M.; Plant, R.W.; O'Malley, S. - Initial motivations for alcohol treatment : relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. **Addictive Behaviors**. 20 (1995) 279-297.

Sander, W.; Jux, M. - Psychological distress in alcohol-dependent patients : evaluating inpatient treatment with the symptom checklist (SCL-90-R). **European Addiction Research**. 12 (2006) 61-66.

Sá Nogueira, T.; Ribeiro, C. - Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 24 (2008) 305-316.

Schmitz, J.M., *et al.* - Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. **American Journal of Addictions**. 13 : 4 (2004) 331-341.

Schukit, M. - Alcoholic patients with secondary depression. **American Journal of Psychiatry**. 140 (1983) 711-714.

Schuckit, M.A., *et al.* - Periods of abstinence following the onset of alcohol dependence in 1853 men and women. **Journal of Studies on Alcohol**. 58 (1997) 581-589.

Selzer, M.L. - The Michigan Alcoholism Screening Test : the quest for a new diagnostic instrument. **American Journal of Psychiatry**. 127 (1971) 1653-1658.

Sobell, L.C.; Sobel, M.B. - Timeline follow-back : a technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: Allen, J.; Litten, R.Z., ed. *lit.* - Measuring alcohol consumption : psychosocial and biological methods. New Jersey : Human Press, 1992. 41-72.

Sobell, L.C.; Cunningham, J.A.; Sobell, M.B. - Recovery from alcohol problems with and without treatment : prevalence in two populations surveys. **American Journal of Public Health**. 86 : 7 (1996) 966-972.

Sogliero-Gilbert, G.; Mosher, K.; Zubkoff, L. - A procedure for the simplification and assessment of lab parameters in clinical trials. **Drug Information Journal**. 20 (1986) 279-296.

Staines, G.L., *et al.* - Polysubstance use among alcoholics. **Journal of Addictive Diseases**. 20 : 4 (2001) 53-69.

Staines, G., *et al.* - Predictors of drinking outcome among alcoholics. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**. 29 : 1 (2003) 203-218.

Steer, R.A.; McElroy, M.G.; Beck, A.T. - Correlates of self-reported and clinically assessed depression in outpatients alcoholics. **Journal of Clinical Psychology**. 39 (1983) 144-149.

Stockwell, T., *et al.* - The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. **British Journal of Addiction**. 74 (1979) 79-87.

Stockwell, T.; Murphy, D.; Hodgson, R. - The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire : its use, reliability and validity. **British Journal of Addiction**. 78 (1983) 145-155.

Streeton, C.; Whelan, G. - Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence : a meta-analysis of randomized controlled trials. **Alcohol and Alcoholism**. 36 : 6 (2001) 544-552.

Tempesta, E., *et al.* - Acamprosate and relapse prevention in treatment of alcohol dependence : a placebo-controlled study. **Alcohol & Alcoholism**. 35 : 2 (2000) 202-209.

Terra, M.B., *et al.* - Predictors of relapse in 300 Brazilian alcoholic patients : a 6 months follow-up study. **Substance Use & Misuse**. 43 : 3 (2008) 403-411.

Treweek, S., Zwarenstein, M. - Making trials matter: pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. [Em linha] **Trials**. (2009) 10: 37. [Consult. 16-06-2010]

Disponível em <http://www.trialsjournal.com/content/10/137>

UK. Institute of Alcohol Studies - World Drink Trends. London : NTC Publications, 2005.

Verheul, R., *et al.* - Predictors of acamprosate efficacy : results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. 178 (2005) 167-173.

Waisberg, J.L. - Patient characteristics and outcome of inpatient treatment for alcoholism. **Advances in Alcohol & Substance Abuse** 8(3/4) (1990):9-32

Walter M., *et al.* - Social factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. **Neuropsychobiology**. 54 (2006) 100-106.

Walton, M.A., *et al.* - Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. **Addictive Behaviors**. 28 (2003) 627-642.

Ware, J.E., *et al.* - SF36 Health Survey : manual and interpretation guide. Boston : The Health Institute. New England Medical Centre, 1992.

World Health Organization - The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva : World Health Organization, 1992.

World Health Organization - Global Status Report on Alcohol 2004. Abuse Geneva : Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization, 2004.

World Health Organization - The European Health Report 2005 : public health action for healthier children and populations. Geneva : World Health Organization, 2005.

Willing U, *et al.* - Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependence patients. **Alcohol & Alcoholism**. 37 : 6 (2002) 609-612.

Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. - The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 67 (1983) 361-370.

ANEXOS

Anexo 1 - Critérios do Síndrome de Dependência do Álcool – DSM-IV – APA (2002), APA (1994)

Padrão desadaptativo de utilização de álcool levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por 3 ou mais dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião no mesmo período de 12 meses:

1 – Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes sintomas:

- a) necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
- b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

2 – Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes sintomas:

- a) síndrome de abstinência característica da substância.
- b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

3 – A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4 – Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5 – É dispendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, cadeia de fornecedores) e à recuperação dos seus efeitos.

6 – É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.

7 – A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

Os critérios 1 e 2 de tolerância e abstinência dizem respeito à doença com dependência física, enquanto que os outros 5 critérios dizem respeito à doença sem dependência física.

Anexo 2 - Critérios do Síndrome de Abuso do Álcool – DSM-IV – APA (2002), APA (1994)

A. Padrão desadaptativo da utilização do álcool, levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1-Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos).

2-Utilização recorrente da substância em situações em que esta se torna fisicamente perigosa (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância).

3-Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros com a substância).

4-Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação, lutas físicas).

B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de dependência de substâncias, para esta classe de substâncias.

Anexo 3 - Questionário de problemas relacionados com o álcool ARPQ – Patience et al. (1997) - Versão portuguesa – Neto et al. (2008)

A medição das variáveis é retrospectiva e respeita os últimos 6 meses

1 - O doente esteve hospitalizado por problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas?

2 - Teve vômitos matinais devido ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas?

3 - Teve diarreia devido ao consumo excessivo de álcool?

4 - Esteve envolvido em algum acidente, devido ao álcool, que implicasse ou devesse ter implicado assistência médica?

5 - Esteve deprimido devido ao consumo de álcool?

6 - Tentou fazer mal a si próprio provocando deliberadamente uma intoxicação alcoólica?

7 - Complete as alíneas a) ou b)

a) O doente teve trabalho nos últimos 6 meses.

Esteve ausente do trabalho por estar doente devido a ter bebido? Ou teve algum problema? (exemplo: chamadas de atenção sobre atrasos ou desempenho)? Ou foi despedido devido ao consumo de álcool?

b) O doente não teve trabalho nos últimos 6 meses.

Foi incapaz de levar a cabo um compromisso?

8 - Ocorreram discussões em casa por causa do consumo de álcool nos últimos 6 meses? (Se não tiver casa, explore condições de habitação e

contactos familiares e incluía quaisquer discussões com amigos, ou pessoas em geral, em consequência do consumo de álcool).

9 – Nos últimos 6 meses houve algum momento em que o doente se tornasse de tal maneira violento que batesse em algum familiar, ou companheiro de quarto? (Se vive sozinho, incluía violência para com os outros, pessoas em geral).

10 - Complete as alíneas a) ou b)

a) O doente vive maritalmente.

Teve discussões que levaram o seu parceiro a ameaçar que o/a deixava, ou criou um ambiente tão desfavorável que ele/a pensou deixá-lo/a?

b) O doente não vive maritalmente.

Teve discussões que levaram amigos e familiares a ameaça-lo que o/a deixavam, ou a pedir-lhe que os deixasse, ou criou um ambiente tão desfavorável que o paciente pensou ir-se embora?

11 – Problemas com a polícia – envolvimento da polícia por causa do seu consumo de álcool? (Não levando necessariamente à apresentação de queixa ou processo).

Anexo 4 – Plano de operacionalização de variáveis

Factores na admissão ao tratamento:

Factores sócio demográficos (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Sexo	0 – Masculino 1 – Feminino	Categórica nominal
Idade	Em anos	Numérica
Anos completos de escolaridade	Em anos	Numérica
Nível socioeconómico de Graffard	1 – Elevado 2 – Médio/elevado 3 – Médio 4 – Médio/baixo 5 – Baixo	Categórica ordinal
Pessoa co-responsável pelo doente	0 – Esposa/marido /namorado(a) 1 – Parente 2 – Filho 3 – Outro (amigo, colega de trabalho, assistente social)	Categórica nominal
Situação profissional	0 – Desempregado 1 – Contrato precário ou tempo parcial 2 – Reformado 3 – Empregado a tempo inteiro e vínculo contratual	Categórica nominal
Relação afectivo sexual estável	0 – Sem relação 1 – Com relação	Categórica nominal
Situação familiar e social	0 – Vive só 1 – Vive com os pais 2 – Vive em união marital ou união de facto 3 – Outra situação (vive com amigos, outro parente como um tio(a))	Categórica nominal

História de uso de outras substâncias (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
História de uso de heroína	0 – Sem história de uso 1 – Com história de uso	Categórica nominal
História de uso de cocaína	0 – Sem história de uso 1 – Com história de uso	Categórica nominal
História de uso de cannabis	0 – Sem história de uso 1 – Com história de uso	Categórica nominal
História de uso de benzodiazepinas	0 – Sem história de uso 1 – Com história de uso	Categórica nominal
História de uso ou uso concomitante de tabaco	0 – Sem história de uso 1 – Com história de uso	Categórica nominal

História de consumo de álcool propriamente dita (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Anos de consumo excessivo pesado	Em anos	Numérica
Quantidade em gramas num dia típico de consumo	Em gramas de álcool	Numérica
Número de dias desde a última bebida	Em dias	Numérica
Tipo de bebida preferida	0 – Destilada (aguardentes, whisky, gin, vodka) 1 – Bebidas fortificadas (martini, licores, porto) 2 – Vinho 3 – Cerveja	Categórica ordinal
Padrão de frequência de consumo	0 – Diário 1 – Fim-de-semana 2 – Episódico	Categórica ordinal
Consumo de álcool pela manhã e/ou antes do almoço	0 – Não consome 1 – Consome	Categórica nominal

Tratamentos anteriores (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Tratamento anterior (sem entrar em conta com participação anterior em AA)	0 – Não fez qualquer tratamento 1 – Fez tratamento anterior	Categórica nominal
Fez algum dos tratamentos anteriores em internamento (basta ter feito pelo menos 1 dos tratamentos em internamento para ser considerado)	0 – Ambulatório 1 – Internamento 2 – Não fez qualquer tratamento	Categórica nominal
Duração máxima da abstinência conseguida durante todos os tratamentos anteriores ou sem qualquer tratamento	Em dias	Numérica
Tratamento anterior com DIS (só para quem fez tratamento anterior)	0 – Não fez 1 – Fez	Categórica nominal
Frequência anterior de AA (independentemente de ter feito ou não tratamento anterior)	0 – Não fez 1 – Fez	Categórica nominal

Problemas legais (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
O doente já foi referenciado pela polícia a conduzir uma viatura com nível de alcoolemia no sangue $\geq 0,50$ mg/ml	0 – Não 1 – Sim 2 – Não aplicável	Categórica nominal
Problemas judiciais do doente devido ao consumo de álcool (incluindo condução sob o efeito de álcool, violência, etc...)	0 – Já foi condenado 1 – Aguarda termo do processo ou julgamento 2 – Sem problemas judiciais	Categórica nominal

Avaliações laboratoriais (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
gama glutamiltransferase (GGT)	0<GGT≤1 representa valor normal GGT>1 representa um valor aumentado)	Numérica
aspartato aminotransferase (AST)	0<AST≤1 representa valor normal AST>1 representa um valor aumentado)	Numérica
alanina aminotransferase (ALT)	0<ALT≤1 representa valor normal ALT>1 representa um valor aumentado)	Numérica
volume globular médio (VGM).	0<VGM≤1 representa valor normal VGM>1 representa um valor aumentado)	Numérica

Problemas ligados ao álcool – ARPQ (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
ARPQ 1 Hospitalização do doente	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 2 Vômitos matinais	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 3 Diarreia	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 4 Envolvimento em acidentes com necessidade de assistência médica	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 5 Depressão	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 6 Auto-injúria através da intoxicação alcoólica	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 7 Problemas com compromissos profissionais e sociais	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 8 Discussões familiares e sociais	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 9 Comportamentos de violência familiar e social	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 10 Hipótese de afastamento do ambiente familiar e social em consequência das discussões	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
ARPQ 11 Problemas com a polícia	0 – Problema ausente 1 – Problema presente	Categórica nominal
Soma de problemas ligados ao álcool do ARPQ	0 a 11 problemas ligados ao álcool	Numérica

Critérios de diagnóstico do SDA – DSM-IV (admissão)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Critério 1 SDA Dependência física – Tolerância	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	Categórica nominal
Critério 2 SDA Dependência física - Abstinência	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	Categórica nominal
Critério 3 SDA Consumo em quantidades superiores ou por período mais longo do que se pretendia	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	Categórica nominal
Critério 4 SDA Desejo ou esforços sem êxito para diminuição ou controlo do consumo	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	Categórica nominal
Critério 5 SDA Dispendida grande quantidade de tempo para obtenção, consumo e <u>recuperação dos efeitos</u>	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	Categórica nominal
Critério 6 SDA Abandono de actividades sociais, ocupacionais e recreativas devido ao consumo	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	Categórica nominal
Critério 7 SDA Continuidade no consumo apesar da presença de problemas persistentes e recorrentes, físico ou psicológicos	0 – Critério ausente 1 – Critério presente	Categórica nominal
Soma de critérios	Entre 3 e 7	Numérica

Factores de exposição no período de tratamento:

Fármacos para controlo do consumo (período de tratamento)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Indicação para DIS	0 – Não 1 – Foi prescrito	Categórica nominal
Número de dias que o doente tomou DIS	0 a 180 dias	Numérica
Indicação para ACA	0 – Não 1 – Foi prescrito	Categórica nominal
Número de dias que o doente tomou ACA	0 a 180 dias	Numérica

Aspectos não farmacológicos do tratamento (período de tratamento)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Consultas realizadas (total intra-doente)	1 a 7	Numérica
Consultas participadas pelo co-responsável (taxa intra-doente)	0 a 100%	Numérica
Fases das consultas (média intra-doente)	1 a 4	Numérica
Participação em sessões AA	0 – Não participou 1 - Participou	Categórica nominal

Características do médico (período de tratamento)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Médico assistente responsável pelo doente	1 - Médico 1 JOCUM 2 - Médico 2 JUCHF 3 - Médico 3 JOPAM 4 - Médico 4 TENOF 5 - Médico 5 ANPAM 6 - Médico 6 DONEM 7 - Médico 7 FAHEM 8 - Médico 8 MADAM	Categórica nominal
Tempo após a licenciatura	Em anos	Numérica
Sexo do médico	0 - Masculino 1 - Feminino	Categórica nominal

Fármacos para tratamento de depressão e ansiedade (período de tratamento)

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Indicação para antidepressivos	0 - Não 1 - Foi prescrito	Categórica nominal
Número de dias que o doente tomou antidepressivos	0 a 180 dias	Numérica
Indicação para ansiolíticos - benzodiazepinas	0 - Não 1 - Foi prescrito	Categórica nominal
Número de dias que o doente tomou benzodiazepinas	0 a 180 dias	Numérica
Indicação para ansiolíticos - buspirona	0 - Não 1 - Foi prescrito	Categórica nominal
Número de dias que o doente tomou buspirona	0 a 180 dias	Numérica

Resultados aos 6 meses de tratamento:

Variável	Valores da variável	Tipo de variável
Tempo até à primeira recaída pesada (≥ 50 gramas/dia)	1 a 180 dias	Numérica – tempo de sobrevivência
Abstinência de qualquer consumo pesado (≥ 50 gramas/dia)	0 – Outra situação 1 – Abstinente	Categórica nominal
Abstinência de qualquer quantidade de álcool	0 – Outra situação 1 – Abstinente	Categórica nominal
Tempo cumulativo de abstinência acima da média dos doentes	0 – Até à média dos doentes 1 – Acima da média dos doentes	Categórica nominal
Ter mais de 1 dia de recaída como tempo máximo de recaída (de todas as recaídas)	0 - 0 dias ou 1 dia de recaída 1 – mais de 1 dia de recaída	Categórica nominal
Doente com pelo menos 1 problema ligado ao álcool no ARPQ aos 6 meses	0 – Doente sem problemas 1 – Doente com pelo menos um problema	Categórica nominal

Anexo 5 – Questionário de recolha de dados

Investigador: _____	N.º Processo _____	Nome do médico: _____
	Nome: _____	_____
Instituição: _____	_____	Data: ____/____/____

CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL (DSM-IV.TR)

O doente manifestou <u>três (ou mais)</u> dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:	Sim	Não
(1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes: a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado. b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a) Síndrome de abstinência característica da substância; b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos, ou conduzir par alongas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia)e à recuperação dos seus efeitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão

	Sim	Não
1. Preencher os critérios do DSM-IV-TR de Dependência do álcool (333.90).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estar abstinente pelo menos há 24 horas e sem sinais de síndrome de abstinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter um co-responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Idade entre os 18 e os 65 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se for mulher em idade produtiva, deve usar um método contraceptivo de confiança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não tem contra – indicações médicas para tomar o dissulfiram:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Consentimento assinado para participar no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A inclusão só é feita se todas as respostas forem positivas

Critérios de exclusão

	Sim	Não
1. Comorbilidade psiquiátrica ou doença física severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comorbilidade aditiva (excepto nicotina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter tido reacções alérgicas ao Dissulfiram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ter uma doença hepática descompensada, definida por uma ou mais das seguintes alterações: ascite; edema; hemorragias recentes; bilirrubina sérica > 30 u/l, GGT > 600 u/l, ALAT > 200 u/l, albumina sérica < 28 g/l; doença cardíaca; tomar medicação anti-hipertensiva; epilepsia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Grávidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário de Problemas Relacionados com o Álcool
Tradução portuguesa do ARQP1

Considerar sempre o que aconteceu durante os últimos 6 meses

	Sim	Não
1. O doente esteve hospitalizado por problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas?		
2. Teve vômitos matinais devido ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas?		
3. Teve diarreia devido ao consumo abusivo de álcool?		
4. Esteve envolvido em algum acidente, devido ao álcool, que implicasse ou devesse ter implicado assistência médica?		
5. Esteve deprimido devido ao consumo de álcool?		
6. Tentou fazer mal a si próprio provocando deliberadamente uma intoxicação alcoólica?		
7. Complete as alíneas a) ou b): a) O doente teve trabalho nos últimos 6 meses. (i) Esteve ausente do trabalho por estar doente devido a ter bebido? Ou Teve algum problema? (ex. chamadas de atenção sobre atrasos ou desempenho)? Ou foi despedido devido ao consumo de álcool?		
b) O doente não teve trabalho nos últimos 6 meses (ii) Foi incapaz de levar a cabo um compromisso?		
8. Ocorreram discussões em casa, por causa do consumo de álcool nos últimos 6 meses? (Se não tiver casa, explore condições de habitação e contactos familiares e inclua quaisquer discussões com amigos, ou pessoas em geral, em consequência do consumo de álcool)		
9. Nos últimos 6 meses, houve algum momento em que o doente se tornasse de tal maneira violento que batesse em algum familiar, ou companheiro de quarto? (se vive sozinho, inclua violência para com os outros, pessoas em geral)		
10. Complete as alíneas a) ou b): a) O doente vive maritalmente. (i) Teve discussões que levaram o seu parceiro a ameaçar que o/a deixava, ou criou um ambiente tão desfavorável que ele/a pensou em deixá-lo/a?		
b) O doente não vive maritalmente. (ii) Teve discussões que levaram amigos e familiares a ameaçá-lo que o/a deixavam, o a pedir-lhe que os deixasse, ou criou um ambiente tão desfavorável que o paciente pensou ir-se embora?		
11. Problemas com a polícia – envolvimento da polícia por causa do seu consumo de álcool? (não levando necessariamente à apresentação de queixa ou processo)		
Total =		

Data: ____/____/____

¹ Patience D, Buxton M, Chick J, Howlett H, McKenna M, Ritson B. The SECCAT Survey: II: The Alcohol Related Problems Questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment. Alcohol and Alcoholism 1997; 32:79-84

Calendarização das consultas e pedidos de análises

Meses	Consultas	Data da marcação	Presença nas consultas:		Requisição de análises
			P	Co-Resp	
1	1. ^a Consulta 2. ^a Consulta		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	X
2	3. ^a Consulta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	4. ^a Consulta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	5. ^a Consulta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	6. ^a Consulta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
6	7. ^a Consulta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Consulta extra n.º 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Consulta extra n.º 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Caracterização Sócio-demográfica

3: Género: Masc. ☐ Fem. ☐

4: Idade:

5: Escolaridade (anos completos):

6: Graffard (total) _____

7: Profissão: _____

8: Situação profissional actual (sublinhe)

(0) Desempregado (1) trabalho precário (2) reformado (3) trabalhador por conta própria (4) emprego com vínculo (5) Estudante.

Genograma (família de origem e de procriação)

9: Descrever a relação afectiva actual do doente

Sem relação afectivo-sexual estável ☐, Com relação afectivo-sexual estável ☐

10: Descrever a situação socio-familiar (sublinhe):

(0) vive sozinho (1) vive com família de origem (2) vive em união marital ou união de facto (3) outro (especifique) _____

Problemas familiares _____

Caracterização dos consumos tóxicos

11: Heroína, não ☐, sim ☐

Modo de administração _____

Início do consumo _____

Consumo diário (em Euros) _____ Data do último consumo _____

12: Cocaína, não ☐, sim ☐

Modo de administração _____

Início do consumo _____

Consumo diário (em Euros) _____ Data do último consumo _____

13: Cannabis, não ☐, sim ☐

Início do consumo _____

Consumo diário (em Euros) _____ Data do último consumo _____

14: Benzodiazepinas, não ☐, sim ☐

Início do consumo _____

Consumo diário (nº de comprimidos) _____ Data do último consumo _____

15: Tabaco, não ☐, sim ☐

Início do consumo _____

Consumo diário (nº de cigarros) _____

Outros consumos tóxicos (quais) _____

Caracterização dos consumos de álcool

16: Anos de consumo excessivo _____

17: N.º de dias desde o último consumo _____

18: Indique o número de bebidas de cada uma das seguintes qualidades, que bebe num dia típico de ingestão alcoólica:

Bebidas destiladas (aguardentes, whisky, gin, etc.) _____

Aperitivos, Martini, licores, porto, vinhos fortificados _____

Vinho _____

Cerveja _____

Outros (especifique) _____

19: Consumo diário (em gramas de álcool por dia - 1 bebida = a 10g) _____

20: Indique, sublinhando qual a categoria que melhor descreve a frequência dos hábitos alcoólicos do doente:

Diário ☐, aos fins de –semana ☐, episódico ☐

21: Bebe logo pela manhã ou antes do almoço? não ☐ sim ☐

22: O doente já teve tratamentos anteriores para o seu problema de alcoolismo?

Não ☐, Sim ☐

23: Ambulatório ☐, Internamento ☐

Ambulatório onde: _____

24: Se foi internado, responda ao seguinte:

Quantos internamentos _____ N.º de dias de cada _____

Onde: _____

25: Duração máxima de abstinência em ocasiões anteriores (dias) _____

26: Já alguma vez usou medicação aversiva? Não ☐ Sim ☐

27: Frequentou grupos de Auto – Ajuda (AA/ NA)? Não ☐ Sim ☐

Problemas de saúde e histórico de doenças

Saúde e Doenças físicas

Problemas psicológicos/psiquiátricos

Perturbações da personalidade (Classificação DSM-IV)

Problemas legais

28: Já foi apanhado a conduzir com alcoolemia superior a 0,5g/l ?

Não ☐ Sim ☐ Não conduz ☐

Se sim, Quantas vezes? |__1__|

29: Tem ou já teve algum processo judicial? Não ☐ Sim ☐

Se sim: Aguarda termo de processo ou julgamento Não ☐ Sim ☐
Já foi condenado? Não ☐ Sim ☐

A preencher pelo médico – 1.ª Consulta

Tempos da consulta:

1 Tempo ☐ 3 tempos ☐
2 Tempos ☐ 4 tempos ☐

Pulso rítmico ☐ / arrítmico ☐ Freq^a Pulso |__|__| TA (mm Hg) ____/____

Análises e outros exames (fazer fotocópias de análises e relatórios de exames)

(se o doente não tiver análises deverá trazê-las na próxima consulta)

Data	VGM	ALAT	ASAT	GGT	Colester	Triglicérid	Outros exames
	Valor Limite normal _____ Valor da análise _____	Valor Limite normal _____ Valor da análise _____	Valor Limite normal _____ Valor da análise _____	Valor Limite normal _____ Valor da análise _____	Valor limite normal _____ Valor da análise _____	Valor limite normal _____ Valor da análise _____	

Observações:

Prescrições médicas

Data da 2ª consulta __/__/__

Investigador:	N.º Processo _____	Nome do médico: _____
Instituição: _____	Nome: _____	Data: ____/____/____

Ficha de seguimento da 2.ª consulta

- O co-responsável veio também? Sim ☐ Não ☐
- Tempos da consulta:
 1 Tempo ☐ 3 tempos ☐
 2 Tempos ☐ 4 tempos ☐
- O doente está abstinente desde a última consulta? Sim ☐ Não ☐
- Se não, quantos dias no total bebeu? _____
- Quantas bebidas ingeriu por dia ? _____
- Tem ido às reuniões dos AA? Sim ☐ Não ☐
- Está a tomar o Dissulfiram ? Sim ☐ Não ☐
- Observações:

9. Prescrições médicas e terapêuticas

10. Análises e outros exames (caso não tenha trazido na 1.ª consulta)

Data	VGM	ALAT	ASAT	GGT	Colesterol	Triglicérid	Outros exames
	Valor Limite normal	Valor Limite normal	Valor Limite normal	Valor Limite normal	Valor limite normal	Valor limite normal	
	_____ Valor da análise	_____ Valor da análise	_____ Valor da análise	_____ Valor da análise	_____ Valor da análise	_____ Valor da análise	

11. Marcação da próxima consulta : Data: ____/____/____ Hora: _____

Investigador:	N.º Processo _____	Nome do médico: _____
Instituição: _____	Nome: _____	_____
	_____	Data: ____/____/____

Ficha de seguimento da 3.ª consulta

1. O doente veio acompanhado à consulta? Sim ☐ Não ☐

2. Tempos da consulta:

1 Tempo ☐ 3 tempos ☐

2 Tempos ☐ 4 tempos ☐

3. O doente está abstinente desde a última consulta? Sim ☐ Não ☐

4. Se não, quantos dias no total bebeu? _____

5. Quantas bebidas ingeriu por dia? _____

6. Tem ido às reuniões dos AA? Sim ☐ Não ☐

7. Está a tomar o Dissulfiram ? Sim ☐ Não ☐

8. Observações:

9. Prescrições médicas e terapêuticas

10. Marcação da próxima consulta: Data: ____/____/____ Hora: _____

Investigador:	N.º Processo _____	Nome do médico: _____
Instituição: _____	Nome: _____	_____
	_____	Data: ____/____/____

Ficha de seguimento da 4.ª consulta

1. O doente veio acompanhado à consulta? Sim ☐ Não ☐

2. Tempos da consulta:

1 Tempo ☐ 3 tempos ☐

2 Tempos ☐ 4 tempos ☐

3. O doente está abstinente desde a última consulta? Sim ☐ Não ☐

4. Se não, quantos dias no total bebeu? _____

5. Quantas bebidas ingeriu por dia? _____

6. Tem ido às reuniões dos AA? Sim ☐ Não ☐

7. Está a tomar o Dissulfiram ? Sim ☐ Não ☐

8. Observações:

9. Prescrições médicas e terapêuticas:

10. Marcação da próxima consulta: Data: ____/____/____ Hora: _____

Investigador:	N.º Processo _____	Nome do médico: _____
Instituição: _____	Nome: _____	_____
	_____	Data: ____/____/____

Ficha de seguimento da 5.ª consulta

1. O doente veio acompanhado à consulta? Sim ☐ Não ☐

2. Tempos da consulta:

1 Tempo ☐ 3 tempos ☐

2 Tempos ☐ 4 tempos ☐

3. O doente está abstinente desde a última consulta? Sim ☐ Não ☐

4. Se não, quantos dias no total bebeu? _____

5. Quantas bebidas ingeriu por dia? _____

6. Tem ido às reuniões dos AA? Sim ☐ Não ☐

7. Está a tomar o Dissulfiram ? Sim ☐ Não ☐

8. Observações

9. Prescrições médicas e terapêuticos

10. Marcação da próxima consulta: Data: ____/____/____ Hora: _____

Investigador:	N.º Processo _____	Nome do médico: _____
Instituição: _____	Nome: _____	_____
	_____	Data: ____/____/____

Ficha de seguimento da 6.ª consulta

1. O doente veio acompanhado à consulta? Sim ☐ Não ☐

2. Tempos da consulta:

1 Tempo ☐ 3 tempos ☐

2 Tempos ☐ 4 tempos ☐

3. O doente está abstinente desde a última consulta? Sim ☐ Não ☐

4. Se não, quantos dias no total bebeu? _____

5. Quantas bebidas ingeriu por dia? _____

6. Tem ido às reuniões dos AA? Sim ☐ Não ☐

7. Está a tomar o Dissulfiram ? Sim ☐ Não ☐

8. Observações:

9. Prescrições médicas e terapêuticas (**prescrever análises para trazer na próxima consulta**)

10. Data da próxima consulta: Data: ____/____/____ Hora: _____

Investigador:	N.º Processo _____	Nome do médico: _____
Instituição: _____	Nome: _____	_____
	_____	Data: ____/____/____

Ficha de seguimento da 7.ª consulta e/ou última do estudo e encerramento

1. O doente veio acompanhado à consulta? Sim ☐ Não ☐

2. Tempos da consulta:

1 Tempo ☐ 3 tempos ☐

2 Tempos ☐ 4 tempos ☐

3. O doente está abstinente desde a última consulta? Sim ☐ Não ☐

4. Se não, quantos dias no total bebeu? _____

5. Quantas bebidas ingeriu por dia ? _____

6. Tem ido às reuniões dos AA? Sim ☐ Não ☐

7. Está a tomar o Dissulfiram ? Sim ☐ Não ☐

8. Situação profissional actual (sublinhe)

(0) Desempregado (1) trabalho precário (2) reformado (3) trabalhador por conta própria (4) emprego com vínculo (5) Estudante.

9. Descrever a relação afectiva actual do doente

Sem relação afectivo-sexual estável ☐ Com relação afectivo-sexual estável ☐

10. Pulso rítmico ☐ / arrítmico ☐ Freqª Pulso |__t__| TA (mm Hg) ____/____

11 Análises e outros exames

Data	VGM	ALAT	ASAT	GGT	Colesterol	Triglicérid	Outros exames
	Valor Limite normal	Valor Limite normal	Valor Limite normal	Valor Limite normal	Valor limite normal	Valor limite normal	
	Valor da análise	Valor da análise	Valor da análise	Valor da análise	Valor da análise	Valor da análise	

12. Observações:

13. Prescrições médicas e terapêuticas

Questionário de Problemas Relacionados com o Álcool
Tradução portuguesa do ARQP (passar nesta consulta)

	Sim	Não
1. O doente esteve hospitalizado por problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas?		
2. Teve vômitos matinais devido ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas?		
3. Teve diarreia devido ao consumo abusivo de álcool?		
4. Esteve envolvido em algum acidente, devido ao álcool, que implicasse ou devesse ter implicado assistência médica?		
5. Esteve deprimido devido ao consumo de álcool?		
6. Tentou fazer mal a si próprio provocando deliberadamente uma intoxicação alcoólica?		
7. Complete as alíneas a) ou b): a) O doente teve trabalho no último mês. (i) Esteve ausente do trabalho por estar doente devido a ter bebido? Ou Teve algum problema? (ex. chamadas de atenção sobre atrasos ou desempenho)? Ou foi despedido devido ao consumo de álcool? b) O doente não teve trabalho no último mês? (ii) Foi incapaz de levar a cabo um compromisso?		
8. Ocorreram discussões em casa, por causa do consumo de álcool no último mês? (Se não tiver casa, explore condições de habitação e contactos familiares e inclua quaisquer discussões com amigos, ou pessoas em geral, em consequência do consumo de álcool)		
9. No último mês, houve algum momento em que o doente se tornasse de tal maneira violento que batesse em algum familiar, ou companheiro de quarto? (se vive sozinho, inclua violência para com os outros, pessoas em geral)		
10. Complete as alíneas a) ou b): a) O doente vive maritalmente. (i) Teve discussões que levaram o seu parceiro a ameaçar que o/a deixava, ou criou um ambiente tão desfavorável que ele/a pensou em deixá-lo/a? b) O doente não vive maritalmente. (ii) Teve discussões que levaram amigos e familiares a ameaçá-lo que o/a deixavam, o a pedir-lhe que os deixasse, ou criou um ambiente tão desfavorável que o paciente pensou ir-se embora?		
11. Problemas com a polícia – envolvimento da polícia por causa do seu consumo de álcool? (não levando necessariamente à apresentação de queixa ou processo)		
Total =		

Anexo 6 – Partilha de doentes com SDA

De modo a ilustrar os números, assim como, a revisão da literatura e conclusões do estudo, decidimos incluir nesta dissertação a exposição de dois casos reais, a Maria e o José, que aceitaram o nosso convite de participar neste estudo. Estes nomes são fictícios, assim como aspectos pessoais que possam de algum modo identificar estes doentes. O grande objectivo destas partilhas é unicamente aumentarmos a nossa sensibilidade face à problemática da adição ao álcool através de duas experiências, nomeadamente a de uma mulher e a de um homem. As experiências destes dois doentes têm como pontos comuns o percurso da adição seguido do processo de reabilitação. Utilizámos um método de entrevista para elucidar os doentes sobre o objectivo das suas partilhas, recolhendo a informação redigida pelos próprios doentes caso eles aceitassem participar. Na revisão efectuada pelo autor do presente estudo, tentou-se seguir ao máximo a exposição dos doentes, embora introduzindo algumas alterações de modo a resumir as ideias manifestadas pelos doentes, assim como, corrigir algum aspecto do português dos termos e da construção das frases. No final do texto revisto pelo autor do presente estudo, este foi submetido à aprovação dos doentes de modo a consentirem na sua introdução na dissertação.

Maria começou a beber desde miúda. Lembra que era habitual os pais colocarem uma gotinha de vinho na água para acompanhar as refeições e bebia com prazer a “água cor-de-rosa”. Portanto o álcool sempre teve uma presença quase “natural” na sua vida.

A adolescência e a maturidade foram relativamente normais, embora sempre com consumos de álcool que não assustavam pelas quantidades. Estudou, namorou, casou, arranjou trabalho. Confessa que só viu que o álcool era um problema quando já tinha 30 anos. E apercebeu-se que, mais do que a quantidade que bebia, era aquilo que fazia para poder beber que a fez ver que tinha um problema. Mudava as horas das reuniões de trabalho, escondia garrafas, percorria todas as lojas da vizinhança para comprar álcool na

esperança de não dar nas vistas, fugia de reuniões sociais onde a sua forma de beber descontrolada seria notada, e, principalmente, vivia na ansiedade de chegar aquele momento em que, isolada no seu quarto, bebia até cair. Acabou por se divorciar, perder o emprego, ignorar os amigos e afastar a família.

O primeiro contacto que teve com os Alcoólicos Anónimos (AA) foi através de um programa de televisão. A palavra “anónimos” deu-lhe a confiança necessária para ultrapassar a vergonha que sentia por ser uma pessoa fraca e sem vontade própria suficiente para pôr termo ao inferno em que a sua vida se transformara. “Anónimos” foi o contraponto do som terrível que era “Alcoólicos”... Atreveu-se a telefonar e foi bem acolhida e acompanhada a uma reunião.

Logo nas primeiras reuniões, gostou da liberdade que encontrou em AA. Gostou de poder ir ou não ir às reuniões, das pessoas que falavam de si próprias como se dela se tratasse, de não ser criticada, controlada nem sequer incentivada directamente a não beber. Diziam-lhe, na maior parte das vezes mais por acções do que por palavras, que ali poderia encontrar a solução para os seus problemas de álcool.

Percebeu também que é impossível deixar de beber aos poucos. Que era essa a grande diferença entre ela, com a doença do alcoolismo, e os bebedores normais, por vezes até excessivos, que podiam controlar as quantidades que ingeriam. Ela não. O seu controlo não ultrapassava a primeira bebida (e não a terceira ou a 15ª como pensava antes). Quando foi capaz de pôr em prática esse desafio que, apesar de reconhecer que tinha funcionado com os outros, sentia, na sua imensa arrogância (e medo) ser demasiado simples para um problema tão grande, não bebeu o tal primeiro golo de que ouvia falar. Não teve de evitar o segundo nem a dor de não conseguir parar ao terceiro. Percebeu, sentiu que era possível e é o que tem vindo a fazer nos últimos 16 anos. Maria ainda hoje o faz, mesmo que de

uma forma inconsciente, quando, por força de estar integrada social e profissionalmente, é confrontada com o álcool que os outros bebem.

As reuniões de AA a que continua a não faltar, mantêm bem viva a memória de outros tempos em que não escolhia beber: tinha de beber. Agora, orientada por um programa de recuperação fácil e agradável, embora desafiador, sabe que não tem de beber, embora ninguém a controle ou proíba. Vive de acordo com a realidade que teve de reconstruir depois do caos em que deixou cair a sua vida. Vive, um dia de cada vez, o que a vida tem para lhe oferecer, de bom e de menos bom. Conhece, aceita e está grata pelo que tem, pelo que recebe e pelo que dá. Sabe também, no entanto, que a maior parte da sua força lhe vem do que aprende com os outros em AA – e, por isso, é a Alcoólicos Anónimos que dá o mérito da sua recuperação e integração na vida real.

José iniciou o seu consumo de álcool numas férias de verão com cerveja aos 14 anos de idade, tendo apanhado uma “bebedeira” e tendo tido no dia seguinte a sua primeira “ressaca”, que se viria a tornar bastante familiar nos anos consequentes. Nesse mesmo ano, o José iniciou o consumo de tabaco, de cannabis e benzodiazepinas muito ocasionalmente.

Entre os 15 anos de idade e os 17 anos, o consumo de tabaco e álcool sempre em modo de “bebedeira” começou a ser mais frequente, digamos a uma média de uma a duas vezes por semana. Também o percurso nas drogas se tornou mais frequente, com consumos de benzodiazepinas e anfetaminas em elevada quantidade e também na mesma média de uma a duas vezes por semana, muitas vezes em simultâneo com o consumo de álcool e tabaco. Nesta altura o desporto rei na zona de habitação, digamos de uma classe média/baixa, era o consumo de drogas, sendo até encarado com heroísmo os adolescentes que metiam mais drogas e que bebiam mais álcool numa ocasião de consumo. Na altura existia um grande herói na zona habitacional que até já tinha conseguido tomar 200 comprimidos de benzodiazepinas numa única ocasião de consumo tendo sobrevivido. Aos 17 anos de idade deu-se o início nas drogas mais duras através do consumo de anfetaminas no modo injectado, sempre acompanhado de álcool. Uma alucinação durante um flash que o José teve foi ao olhar hipnoticamente para uma foto de uma conhecida banda rock dos anos 70s, de repente o José estava dentro da fotografia a falar com os músicos e estes a olharem fixamente para o José com uma expressão de pena. Parecia que lhe estavam a dizer “mais um que está preso no mundo da droga”. No entanto, o modo injectado ficou mesmo pelos 17 anos, felizmente não se tendo repetido nos anos consequentes. Nesta altura, já era costume num dos cafés frequentado por jovens da zona habitacional, haver jovens de classes sociais mais baixas que injectavam heroína nas casas de banho do café.

Entretanto aos 18 anos o José deixou também de consumir cannabis dado que esta droga lhe provocava alucinações e ansiedade em grande

intensidade. Também, aos 18 anos existiu um grande boom de heroína nos traficantes de droga, e simultaneamente deixou de se vender cannabis. Deste modo, todas as pessoas que consumiam cannabis passaram imediatamente a consumir heroína, tendo esta droga ficado na moda. Tal como quase toda a gente que bebia “copos” e saía à noite, também o José começou a consumir heroína no modo fumado, o que na gíria se chamava de “chinesa”. Rapidamente, no espaço de um ano começaram a aparecer as desgraças da heroína com adolescentes e jovens adultos, ou seja, roubos, assaltos a casas, prisões por roubo e/ou posse de heroína, filhos a roubarem da casa dos pais os seus valores, histórias de jovens que se casavam, tendo ficado sem recheio nenhum na casa ao ponto de até venderem o telefone por causa da heroína, raparigas que entraram no mundo da prostituição para financiarem o vício, alunos universitários que abandonaram o curso para se tornarem traficantes de modo a auto financiarem o seu consumo, casas arrendadas com colchões no chão para os heroinómanos consumirem tal e qual uma casa de ópio, tendo esta experiência acabado com um jovem morto à facada pelo traficante. O mais chocante nesta história que se conta foi um jovem ter sido assassinado pelo dono da casa e empurrado pelas escadas abaixo, tendo os heroinómanos fechado a porta e retomado o seu consumo de heroína normalmente. Finalmente, começaram a aparecer também casos de seropositividade HIV, associado ao consumo injectado de heroína.

Foi neste contexto de heroinómanos que o José se encontrou a consumir heroína entre os 18 e os 24 anos de idade, a uma média de uma vez por semana ou de 15 em 15 dias, muitas das vezes em simultâneo com bebidas de cerveja e bebidas destiladas. Também, foi nesta idade de 24 anos que o José se casou com uma mulher, o que lhe viria a trazer uma boa estabilidade emocional, embora tenham aparecido três valentes sustos entre os 23 e os 24 anos. O primeiro susto foi o José ter sido apanhado pela polícia com heroína no bolso quando se preparava para consumir numa casa de banho de uma estação de comboio, tendo os polícias ameaçado que se voltassem a encontrar o José com heroína o levariam a um juiz para ele ser

preso. Era incrível a ignorância da polícia face ao consumo de heroína, pois achavam que se o José não tinha marcas nos braços é porque não injectava, e se não injectava era por ser traficante. Nunca na sua vida tinham ouvido falar na “chinesa”. Ainda por cima um dos polícias estava completamente alcoolizado e perguntava porque é que os drogados não bebiam uns copos pois era muito mais saudável.

Apesar da situação desagradável, o que é verdade é que este primeiro susto contribuiu para o José ter pensado em deixar de consumir heroína. Um segundo susto deu-se quando o José consumiu uma garrafa de litro inteira de whiskey com $\frac{1}{4}$ de uma grama de heroína. Nessa noite, o José ficou bastante assustado com o efeito de completo descontrolo físico e emocional tendo ido parar à urgência de um hospital, e tendo decidido largar o consumo de heroína de uma vez por todas. Nesta altura e tal como muitos heroinómanos que largavam a heroína, acabavam por trocá-la pelo consumo de álcool, pois como era culturalmente aceite, ficava-se com a ideia que não tinha qualquer problema.

Foi assim e a partir dos 24 anos de idade que começaram as bebedeiras mais frequentes, a uma média de duas por semana, iniciando o José o consumo de drogas alucinogéneas como o “ecstasy”. Foi durante uma desta tomas que se deu o terceiro susto, ou seja, um primeiro ataque de pânico assustador sob o efeito de álcool misturado com uma droga cujo efeito não passava nessa noite, tendo levado o José de novo à urgência de um hospital.

Nesta altura o José tinha decidido definitivamente só consumir álcool e largar as drogas pois com o álcool não havia qualquer problema. Apesar dos sustos com as drogas, apareceu aos 28 anos um boom de cocaína no meio social frequentado pelo José. Aí era frequente nas festas em casa dos amigos, para além do consumo de álcool sempre exagerado, muitas vezes mais de 10 copos de álcool numa noite, também “snifar” cocaína que era considerada a droga da moda das pessoas de sucesso, sendo a heroína a droga dos

perdedores. Apesar da sociabilidade do consumo de cocaína, o que é certo é que quando se começavam a fazer os “riscos de coca” toda a gente se calava e ficava a olhar para os “riscos” em estado de hipnose. Entretanto o consumo de cocaína provocava muita ansiedade no José e depressão na ressaca do dia seguinte, o que levava o José a consumir muito álcool com benzodiazepinas para cortar estes efeitos indesejados.

O consumo de cocaína com álcool durou entre os 28 anos de idade e os 35, idade a partir do qual o José só consumia álcool e benzodiazepinas. Entretanto O José divorciou-se aos 30 anos de idade em consequência das relações extra conjugais, na maioria dos casos sob o efeito de álcool. O próprio José andava muito incomodado por ter relações sexuais desprotegidas extra conjugais, fazendo nesta altura com muita ansiedade vários testes do HIV.

O divórcio teve como consequência imediata o consumo descontrolado de álcool, a maioria das vezes bebedeiras diárias com bebidas destiladas. No entanto, nessa altura o José procurou ajuda médica para os problemas de ansiedade, depressão e insegurança por estar sozinho naquele estado. Foi em consequência deste tratamento com medicação própria para a ansiedade e sessões de psicoterapia que o José conseguiu ter algum controlo sobre a sua vida, embora sem deixar de beber álcool na forma de bebedeira em média duas vezes por semana.

Entre os 35 e os 38 anos de idade as bebedeiras aumentaram de frequência durante a semana, digamos a uma média de três vezes, e também de quantidade por ocasião. Nesta altura o José quando saía à noite só bebia vinho em muita quantidade seguido de bebidas destiladas pela noite fora. A quantidade de álcool podia ser estimada em mais de 10 copos numa ocasião. No dia seguinte as benzodiazepinas eram utilizadas para ajudar a cortar as ressacas tremendas e incapacitantes. Foi aos 38 anos que o José atingiu o ponto de ruptura desmaiando no meio da rua com uma “coma alcoólica”

tendo as pessoas chamado uma ambulância para levar o José para o hospital. No hospital tiveram que fazer radiografias para despistar traumatismo craniano, dado as várias quedas nessa noite terem sido completamente desamparadas.

Foi no seguimento desta última situação que o José decidiu procurar ajuda para o seu problema de álcool tendo iniciado a sua abstinência de todos os consumos. A ajuda envolveu psicoterapia uma vez por semana nesta fase inicial e uma vês por mês já numa fase mais distante do tratamento de três anos, a participação em sessões de AA uma vez por semana durante três anos, tendo este recurso AA revelado ser para o José uma das componentes essenciais da sua recuperação, a toma durante um período de alguns meses de antidepressivos e ansiolíticos (Buspirona), e finalmente a iniciação em actividades sociais e recreativas com educação física. O José acredita completamente que se tocar numa bebida alcoólica vai recair no padrão de adição que ele não deseja voltar.

Um dos aspectos sociais importantes que o José teve que resistir foi a pressão social para o consumo de álcool, e em especial nos jantares de amigos e colegas de emprego. Para além do esforço que é resistir aos outros estarem a beber e o José não o querer fazer, também teve que aguentar o isolamento do não beber com os outros e a consequente pressão do “vá hoje estamos a comemorar, hoje vais beber connosco”, ou “se não bebes podemos saber o que é que tu fazes para te divertires?”. Mas é o preço da recuperação que é o maior valor que o adito pode preservar. Hoje, já passados muitos anos, o José está recuperado, embora consciente que a adição é uma doença para toda a vida. Actualmente, o José consegue ter uma vida familiar, social e profissional semelhante a qualquer outra pessoa dita “normal”.